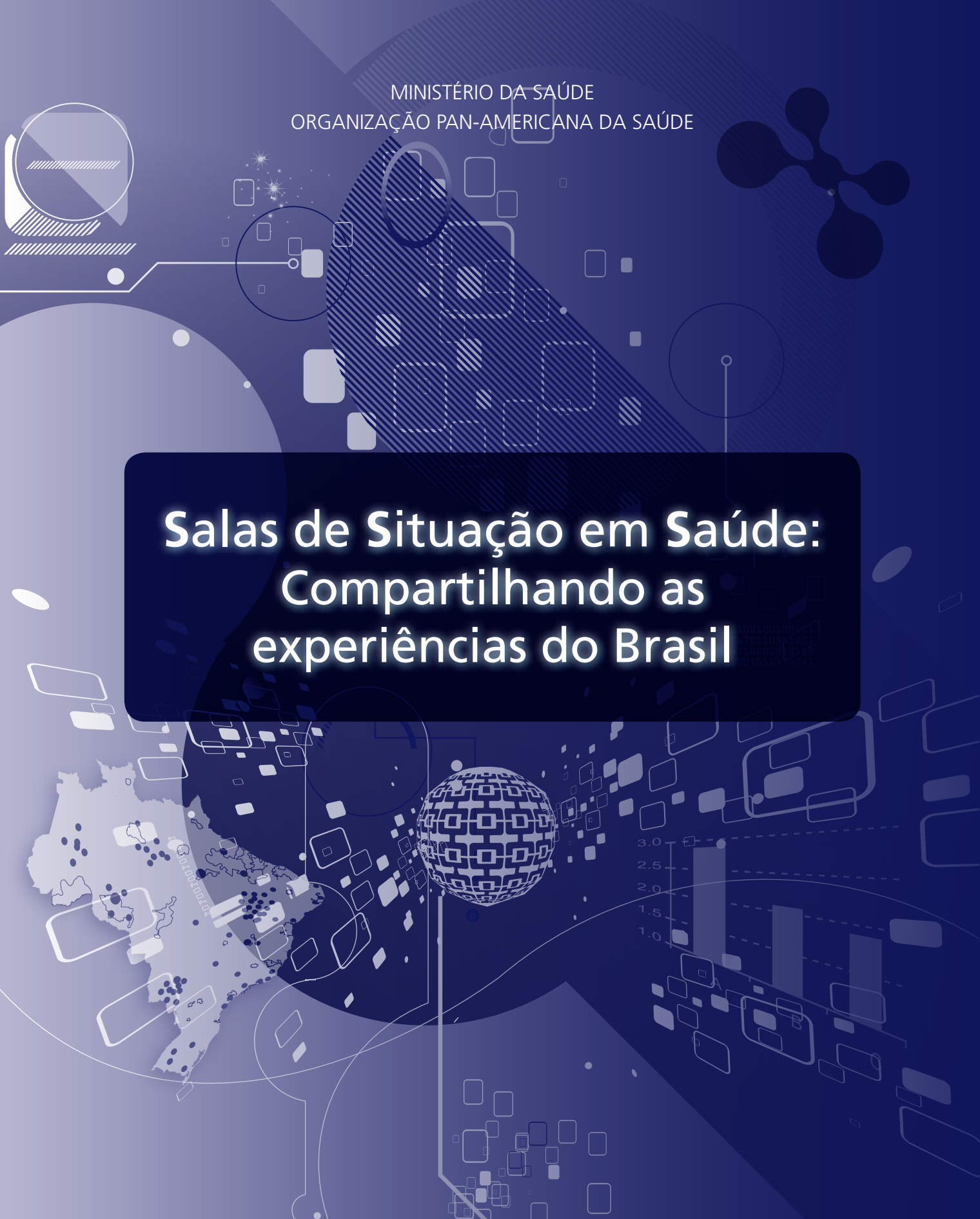


MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Salas de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil



Ministério da Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde

SALAS DE SITUAÇÃO EM SAÚDE: COMPARTILHANDO AS EXPERIÊNCIAS DO BRASIL

Brasília – DF
2010

Ministério da Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde

SALAS DE SITUAÇÃO EM SAÚDE: COMPARTILHANDO AS EXPERIÊNCIAS DO BRASIL

Organizadores

José Moya

João Baptista Risi Junior

Ayrton Martinello

Ernani Bandarra

Helvécio Bueno

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Brasília – DF
2010

© 2010 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil

<http://www.paho.org/bra>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo

CEP: 70058-900 Brasília/DF – Brasil

<http://www.saude.gov.br>

Organizadores:

José Moya (OPAS/OMS no Brasil)

João Baptista Risi Junior (OPAS/OMS no Brasil)

Ayrton Martinello (Ministério da Saúde)

Ernani Bandarra (Ministério da Saúde)

Helvécio Bueno (SES Distrito Federal)

Otaliba Libânio de Moraes Neto (Ministério da Saúde)

Compilação:

Adriana Maria Parreiras Marques

Participação Técnica:

Gustavo Loyola e Eliane Pereira dos Santos

Relatoria:

Flavio Goulart

Lucinéia Moreli

Maria Suelita de Lima

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria Editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Organização Pan-Americana da Saúde.

Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde; orgs. José Moya, *et al.* – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

204 p.: il.

ISBN: 978-85-7967-005-3

1. Informação em Saúde 2. Indicadores Básicos de Saúde 3. Técnicas de Apoio para a Decisão. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Ministério da Saúde. III. Título.

NLM: WA 900

Unidade Técnica de Informação em Saúde,
Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil

Siglas e abreviações

• AASS	Atlas de Água, Saúde e Saneamento
• AB	Atenção Básica
• ABRASCO	Associação Brasileira de Pos-graduação em Saúde Coletiva
• ACS	Agentes Comunitários de Saúde
• AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
• AL&C	América Latina e Caribe
• ANA	Agência Nacional de Águas
• ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
• ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
• APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
• ASIS	Análise da Situação de Saúde
• BD	Bancos de Dados
• BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
• CadSUS	Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde
• CAI	Comitês de Análise de Informação
• CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
• CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
• CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
• CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
• CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
• CES	Conselho Estadual de Saúde
• CGI	Comitê de Gestão de Indicadores
• CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
• CIB	Comissões Intergestores Bipartite
• CID	Classificação Internacional de Doenças
• CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
• CIH	Comunicação de Internação Hospitalar
• CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
• CMM	Coeficiente de Mortalidade Materna
• CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
• CNS	Cartão Nacional de Saúde
• COE	Centros de Operações de Emergências
• CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
• CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde

• CPO-D	Número Médio de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
• CpqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
• CTI	Comitês Temáticos Interdisciplinares
• CVSP	Campus Virtual de Saúde Pública
• DAB	Departamento de Atenção Básica
• DASIS	Departamento de Análise de Situação de Saúde
• DIS	Diretoria de Informação em Saúde
• DO	Declaração de Óbito
• EPISUS	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS
• ePORTUGUÊSe	Rede de Fontes de Informação e Conhecimento em Saúde para os Países de Língua Portuguesa
• ESB	Equipes de Saúde Bucal
• ESF	Equipes de Saúde da Família
• FGV	Fundação Getúlio Vargas
• FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
• FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
• GESCON	Gestão Financeira e de Convênios
• GHL	Global Health Library
• GIL	Gerenciador de Informações Locais
• GOARN	Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos
• GPD	Gerenciamento pelas Diretrizes
• IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
• ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
• IDB	Indicadores e Dados Básicos
• IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
• IIP	Índice de Infestação Predial
• INCA	Instituto Nacional de Câncer
• IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
• ISC/UFBA	Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia
• LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
• LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
• LIRAA	Levantamento de Índices Rápido de Infestação por Aedes aegypti
• LIS	Laboratório de Informações em Saúde
• LOA	Lei Orçamentária Anual
• MDS	Área de Medicina Social
• MS	Ministério da Saúde
• NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
• NEP	Núcleo Executivo de Projeto

• NHE	Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
• OMS	Organização Mundial da Saúde
• OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
• OSP	Observatórios de Saúde Pública
• OTI	Oficina de Trabalho Interagencial
• PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
• PAS	Programação Anual de Saúde
• PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
• PNI	Programa Nacional de Imunizações
• POP	Planejamento Operacional de Produtos
• PPA	Plano Plurianual
• PPI	Programação Pactuada e Integrada
• PSF	Programa de Saúde da Família
• RAG	Relatório Anual de Gestão
• RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
• RIS	Registro Individual de Saúde
• SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
• SARS	Síndrome Respiratório Aguda Severa
• SCAD	Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos
• SE	Secretaria Executiva do Ministério da Saúde
• SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
• SEPLAN	Secretaria de Planejamento da Presidência da República
• SES	Secretarias Estaduais de Saúde
• SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
• SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
• SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
• SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
• SIC	Sistemas de Informações Climatológicas
• SIDOR	Sistema Integrado de Dados Orçamentários
• SIH	Sistema de Informações Hospitalares
• SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
• SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
• SINASC	Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos
• SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
• SIS	Sistemas de Informação em Saúde
• SISAGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
• SISCOLO	Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero
• SISE	Sistemas de Informações Socioeconômicas
• SISOBRA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Obras Públicas

- **SISPLAN** Sistema de Planejamento Monitoramento e. Avaliação de Ações em Saúde
- **SISREG** Sistema de Regulação
- **SMSDC** Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
- **SDSS** Sala de Situação de Saúde / Sala de Situação em Saúde
- **SSSA** Sala de Situação em Saúde e Ambiente
- **SUS** Sistema Único de Saúde
- **SVS** Secretaria de Vigilância em Saúde
- **TI** Tecnologia de Informação
- **UBS** Unidade Básica de Saúde
- **UFBA** Universidade Federal da Bahia
- **UIES** Unidades de Inteligência para Emergências em Saúde
- **UnB** Universidade de Brasília
- **Unicamp** Universidade Estadual de Campinas
- **UPA** Unidades de Pronto Atendimento
- **UFBA** Universidade Federal da Bahia
- **USF** Unidade de Saúde da Família
- **USP** Universidade de São Paulo
- **VIGIAPP** Subsistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada aos Acidentes com Produtos Perigosos
- **VIGITEL** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Prefácio

Ainda comemorando 20 anos de criação, faz-se importante lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o ponto de convergência de um processo social que pautou a saúde como direito coletivo, que se realiza pela universalidade, integralidade e equidade da assistência.

A estruturação do SUS possui requisitos básicos que impactam o processo de gestão, entre eles a necessidade de sistematizar informação estratégica para subsidiar suas políticas. A gestão em saúde é, de fato, um campo de grande complexidade, envolvendo dilemas e desafios diversificados.

Promover a sistematização e a democratização da informação estratégica, buscando subsidiar o processo decisório no âmbito do SUS, é um desafio inadiável para todos os poderes públicos, os gestores, as entidades técnico-científicas, a sociedade civil organizada e organismos internacionais, tendo em vista unir esforços para a efetiva melhoria das condições de vida e saúde da população, contribuindo com o pleno exercício da cidadania.

O Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – Representação no Brasil co-participam desse empreendimento, fomentando iniciativas que viabilizem a adequação da informação para decisões no contexto do SUS, e buscando identificar e divulgar experiências bem sucedidas no uso da informação em campos específicos da saúde. Várias dessas experiências se referem às chamadas ‘Salas de Situação de Saúde’, que visam tornar disponíveis informações para uso em situações determinadas.

A Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) – uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da OPAS que promove ações interinstitucionais destinadas a sistematizar informações para a gestão do SUS – tem apoiado a construção de um modelo de “Sala de Situação” baseado no conjunto de Indicadores e Dados Básicos (IDB) adotado na Rede.

Tal cenário estimulou a realização da oficina de trabalho “*Salas de Situação em Saúde no Brasil: sistematizando as experiências*”, na qual foram apresentadas e debatidas várias práticas utilizadas no Brasil, às quais se aplica o conceito de ‘sala de situação’. A oficina teve lugar em Brasília, na sede da OPAS/OMS, nos dias 26 e 27 de maio de 2009.

Esta publicação se propõe a transmitir a riqueza das apresentações, debates, conclusões e encaminhamentos da Oficina, cujo propósito foi romper barreiras de espaço e tempo ao juntar parceiros, organizar informação e produzir conhecimento. Pretende-se que a informação aqui reunida venha a ser compartilhada e novamente discutida, em uma espiral crescente que potencialize a capacidade técnica nacional, para trazer novas contribuições ao processo de construção contínua e melhoria do Sistema Único de Saúde brasileiro, plantando sementes para um mundo mais saudável e justo.

Diego Victoria

Representante da Organização
Pan-Americana da Saúde/Organização
Mundial da Saúde OPAS/OMS no Brasil

Márcia Bassit

Secretária Executiva do Ministério da
Saúde do Brasil

Sumário

Siglas e abreviações	5
Prefácio	9
Apresentação	13
A maneira de Introdução: Entrevista com o Dr. Mozart de Abreu e Lima	15
 CAPÍTULO I: Considerações Teóricas e Práticas sobre o Dado, a Informação e a Gestão em Saúde	 19
Sala de Situação em Saúde: contribuição à ampliação da capacidade gestora do Estado?	21
Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes	
O que há por trás dos dados?	39
Roberto Becker	
 CAPÍTULO II: Sala de Situação na América Latina e Caribe e as Experiências no Brasil	 47
Panorama sobre as Salas de Situação de Saúde na América Latina e Caribe	49
José Moya	
Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil	61
Hélvécio Bueno	
A experiência da Sala de Situação em Saúde no Ministério da Saúde	65
José Rivaldo França	
 CAPÍTULO III: A Informação em Saúde no Processo de Gestão de Políticas de Saúde	 71
Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSa: alcance e perspectivas	73
João Baptista Risi Junior	
Contribuição do DASIS-SVS para a capacitação do SUS para a produção de análises de Situação de Saúde	77
Otaliba Libânio de Moraes Neto, Juan Cortez Escalante e Walter Massa Ramalho	
A experiência do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS)	101
George Santiago Dimech	
Sala de Situação em Saúde e Ambiente	105
Daniela Buosi Rohlfs	
 CAPÍTULO IV: As Salas de Situação no Processo de Tomada de Decisões em nível Estadual	 111
Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo	113
Pedro Dimitrov	

Sala de Situação do Distrito Federal	117
<i>Helvecio Bueno</i>	
Sala de Situação no Estado do Rio de Janeiro	127
<i>Mônica Maria Rocha Clemente Machado</i>	
Sala de Situação no Estado de Santa Catarina	133
<i>Ângela Maria Blatt Ortiga</i>	
CAPÍTULO V: As Salas de Situação no Processo de Tomada de Decisões em nível Municipal	139
Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	141
<i>Marcos Drumond Júnior</i>	
Sala de Situação para Gestão Municipal – Experiência de Fortaleza	147
<i>José Rubens Costa Lima</i>	
Projeto de implantação da Sala de Situação de Olinda	151
<i>Livia Souza Maia</i>	
A experiência da Sala de Situação da Secretaria Municipal de Uberlândia/MG	155
<i>Maria Margaret de Vasconcellos Lemos</i>	
CAPÍTULO VI: Sistemas de Informação em Saúde e as Tecnologias Disponíveis	161
Sistemas de Informação em Saúde – Tecnologia a serviço da saúde	163
<i>Rogério Sugai</i>	
O sistema de saúde e as fontes de informação	167
<i>Márcia Elizabeth Marinho da Silva</i>	
A Biblioteca Virtual em Saúde no contexto das Salas de Situação	171
<i>Agnes Soares da Silva</i>	
Atlas de Água, Saúde e Saneamento	175
<i>Christovam Barcellos</i>	
CAPÍTULO VII: RIPSAs: Alcances e Perspectivas no Âmbito Nacional	181
Perspectivas da RIPSa no Estado da Bahia	183
<i>Márcia Mazzei</i>	
Perspectivas da RIPSa no Estado de Minas Gerais	187
<i>Márcia Faria</i>	
Perspectivas da RIPSa no Estado de Santa Catarina	189
<i>Dulce Quevedo</i>	
Perspectivas da RIPSa no Estado do Tocantins	191
<i>Soraia Santana</i>	
Conclusões e Recomendações	195
Oficina sobre Salas de Situação de Saúde no Brasil	199
Guia de Fontes de Informação	203

Apresentação

Num caminho rumo à superação das iniquidades nas condições sociais e de saúde e no acesso aos serviços sociais e de saúde de qualidade, a informação é identificada, de forma consensual*, como uma área estratégica para o desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico e para a inovação em saúde, sendo essencial para guiar as políticas, o planejamento e a gestão.

Fomentar estratégias que facilitem o acesso à informação científica e ao conhecimento na busca pela equidade e pela superação das desigualdades é um objetivo que vem sendo lapidado, nesses últimos 20 anos, pelos agentes que constroem o Sistema Único de Saúde.

Informações epidemiológicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos, oriundas de dados de qualidade são capazes de revelar a realidade dos serviços e das ações de saúde, bem como a situação de saúde da população, evidenciando vantagens e problemas de prioridades e de investimentos definidos.

No Brasil, existem numerosas fontes de informação disponíveis, ricas em diversidade e complexidade. Os sistemas nacionais de informação em saúde existentes, desenvolvidos e operados pelo Ministério da Saúde, já dispõem de bases de dados amplamente acessíveis, embora não totalmente integradas.

Propiciar a integração de tais informações de forma a oferecer diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, possibilitando a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades detectadas, de forma a fomentar a melhoria dos sistemas de informações em saúde e permitir a observância dos resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde, é parte dos alcances que as diversas experiências em Sala de Situação em Saúde vêm mostrando, em vários locais do país.

Evidenciar e compartilhar tais experiências é a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde e pela OPAS/OMS traduzida na realização de uma 'oficina de trabalho'.

* Novaes, 1996; Trad *et al.*, 1998; Vianna *et al.*, 1998; Hartz, 1999; Medina *et al.*, 2002; Senna, 2002; Conill, 2002.

O evento intitulado “*Salas de Situação em Saúde no Brasil: sistematizando as experiências*” ocorreu nos dias 26 e 27 de maio de 2009, na sede da OPAS/OMS em Brasília, sendo fruto da iniciativa da OPAS/OMS no Brasil, por meio da Unidade Técnica de Informação em Saúde, Gestão do Conhecimento e Comunicação, em parceria com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O objetivo central do encontro foi promover o intercâmbio de experiências de salas de situação, sistemas de informação e tecnologias aplicadas à tomada de decisão e qualificação da gestão da saúde. Participaram da oficina instituições do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entidades acadêmicas e de fomento à pesquisa.

A mesa de abertura foi composta por Diego Victoria, Representante da OPAS/OMS no Brasil; Luís Fernando Beskow, Secretário Executivo Adjunto do Ministério da Saúde; e José Ênio Servilha Duarte, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Após a abertura, o público foi prestigiado com a Conferência Magna proferida pelo Dr. Roberto Becker (OPAS/OMS Brasil), que abordou o tema *O que há por trás dos dados?*

Durante a oficina, foram realizadas seis mesas redondas, nas quais se tratou dos seguintes temas: Sala de situação na América Latina e Caribe e as experiências do Brasil; A informação em saúde no processo de gestão de políticas de saúde; As salas de situação no processo de tomada de decisões em nível estadual; As salas de situação no processo de tomada de decisões em nível municipal; Sistemas de informação em saúde e as tecnologias disponíveis; e RIPSA: alcances e perspectivas no âmbito nacional.

A oficina de trabalho permitiu, além do intercâmbio das diversas experiências de salas de situação, sistemas de informação e tecnologias aplicadas à tomada de decisão e qualificação da gestão da saúde, o reconhecimento de práticas exitosas empreendidas pelo Governo do Brasil e a identificação de processos internacionais de estudos e análises de tais experiências na América Latina.

A riqueza dos debates e reflexões, além de gerar um clima profícuo de satisfação com os avanços alcançados e a certeza de um caminho a percorrer na superação dos problemas e desafios encontrados, ofereceu subsídios para que, juntos, OPAS/OMS e MS, organizassem tal conhecimento em forma da presente publicação que contou ainda com contribuições de outros parceiros, agentes na construção do conhecimento em saúde e no aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS.

A maneira de Introdução: Entrevista com o Dr. Mozart de Abreu e Lima

A história fala

Durante o evento “*Salas de Situação em Saúde no Brasil: sistematizando as experiências*”, os palestrantes foram unânimes em relacionar as origens desse instrumento a Carlos Matus e sua influência na concepção da Sala de Situação de Saúde (SDSS). Além disso, por mais que se referissem à SEPLAN e ao IPEA como órgãos que promoveram os ensinamentos de Matus, permanecia um vácuo de informação sobre o período que antecedeu a construção do elo entre o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a SSDS.

Em busca de maiores informações sobre o assunto, os organizadores deste livro procuraram o Dr. Mozart de Abreu e Lima* para obter dados históricos vivenciais, aproveitando a oportunidade para *‘banharem-se nas águas de sua sabedoria’*.

Quando perguntado sobre o que pensava sobre as experiências com Salas de Situação de Saúde no Brasil, Mozart reafirmou a importância de todo o processo e os avanços alcançados. Mas foi taxativo ao opinar sobre a grande dificuldade da implementação de uma SDSS, que para ele é um instrumento do PES, vinculado ao trato da “Alta Política”. O método pressupõe “*real comprometimento dos dirigentes maiores com o processo de planejamento estratégico*”, sem o que a sua aplicação não tem consistência, “*ocorrendo de forma primária, sem compromisso com a sua metodologia original*”. Lembrou ainda que, sendo a SDSS oriunda do PES, o processo de reunir continuamente informações, analisá-las, caracterizar problemas e propor possíveis soluções, somente tem sentido se vinculado à intervenção social, e se o dirigente possuir governabilidade para intervir.

Neste contexto, Mozart lastimou que a construção de um processo tão detalhado como a SDSS, que requer muita qualidade, seja com frequência “*engavetado*” e não utilizado para o propósito de “*corrigir rumos*”. No entanto, racionaliza que “*trabalhar nas brechas é o que aprendemos a fazer ao longo dos anos*”, e por isso nossa história tem demonstrado importantes êxitos, com maior brilhantismo nos momentos em que se evidencia o apoio institucional. Para citar um deles, lembrou o importante trabalho da Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSa, que vem sendo realizado há vários anos no intuito de propiciar meios para profunda reflexão e consistência de produtos, inclusive para a SDSS.

* Odontólogo e Administrador de Empresas, especialista em Desenvolvimento Econômico e Planejamento em Saúde. Foi Secretário-Geral do Ministério da Saúde, na gestão de Waldir Arcoverde (1979-1985); Secretário Executivo do Ministério do Trabalho, na gestão de Walter Barelli (1992-1994); e Ministro do Trabalho, interino, do governo Itamar Franco (1994).

A respeito da formação de quadros que possibilitou o vínculo PES com a saúde, no contexto de SDSS, Mozart discorreu com entusiasmo sobre a sua vivência como Secretário Executivo do Ministério do Trabalho, quando Matus – a quem conheceu em 1986, durante seminário da OPAS/OMS sobre SDSS – prestou assessoria direta à equipe do então Ministro Walter Borelli (1992). O Ministério do Trabalho, que segundo ele era fortemente apoiado pelo então Presidente Itamar Franco, estava organicamente comprometido com o processo do PES, daí os importantes resultados obtidos na ocasião.

Mozart diz ter constatado que *“sem o compromisso do líder, os alcances da empreitada são pequenos”*. E faz um paralelo com a área da saúde, que muitas vezes falha ao *“governar segmentadamente, sem rumos estratégicos delineados, por meio de ações operacionais pulverizadas na sua estrutura organizacional frondosa e ineficiente”*. Da sua vivência com Matus, ressaltou a permanente *“inquietação”* do estudioso e os memoráveis debates havidos sobre a *“dificuldade de se passar do estratégico para o tático-operacional”*, exemplificada por *“dificuldades para se incluir dirigentes capazes de balizar estruturas matriciais articuladas com as necessidades do plano estratégico”*.

Tendo retornado à SEPLAN/IPEA após essa experiência, Mozart participou de iniciativa assistida por Carlos Matus, em parceria com a UnB e a recém criada Fundação Nacional de Saúde, para capacitar futuros quadros dirigentes na metodologia do PES. Uma conjuntura favorável às ações de planejamento surgiu com a estabilidade econômica do país, conseqüente ao Plano Real (1994).

Em 1995, Mozart passou a compor o quadro da OPAS/OMS no Brasil e a contribuir para a renovação do processo de cooperação técnica, no qual se delineou a criação da RIPSA, com vistas a promover esforços continuados para sistematizar informações e bases de dados no país. A sua participação foi fundamental na concepção e estruturação da RIPSA, nas articulações para implementar essa iniciativa, e no desenvolvimento de produtos estratégicos, entre eles a SDSS, nosso foco de atenção neste momento.

Mozart de Abreu e Lima prossegue em sua militância inspiradora e participa até hoje da Oficina de Trabalho Interagencial da Ripsa, como Membro Emérito.



O diagnóstico é um monólogo construído por alguém que está afastado da situação, encerrado em sua própria visão do mundo que o rodeia. Em compensação, a apreciação situacional é um diálogo entre um ator e os outros atores, cujo relato um dos atores assume de modo inteiramente consciente do texto e do contexto situacional que o torna coabitante de uma realidade conflitiva que admite outros relatos. Minha explicação é um diálogo com a situação na qual coexisto com o outro.

*Carlos Matus**

* Matus Romo, C. Adeus, Senhor Presidente: governantes governados. São Paulo: FUN-DAP; [1997]. p. 152

CAPITULO I: Considerações Teóricas e Práticas sobre o Dado, a Informação e a Gestão em Saúde

Neste capítulo convidamos a professora Ilara de Moraes para que fizesse um resumo teórico e conceitual sobre a proposta de Sala de Situação, considerando a obra de Carlos Matus, economista chileno que desempenhou funções como assessor do Ministro da Fazenda e Ministro da Economia do Governo do Presidente Salvador Allende de 1965 a 1970, tendo sido o maior estudioso sobre planejamento estratégico de governo, governabilidade, estilos estratégicos de governo, entre outros assuntos, publicando diversos livros.

Um dos conceitos mais importantes elaborados por Matus envolve o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que diz respeito à gestão de governo e à arte de governar. O planejamento visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países. O processo de planejamento, portanto, diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões.

O Método do Planejamento Estratégico e Situacional (PES) é antes de tudo um potente enfoque metodológico, com alguns princípios e visões filosóficas sobre a produção social, a liberdade humana e o papel dos governos, governantes e governados. A análise de problemas, a identificação de cenários, a visualização de outros atores sociais e a ênfase na análise estratégica são elementos fundamentais e diferenciadores do PES em relação a outros métodos de planejamento.

Em um segundo momento o Dr. Roberto Becker apresenta uma importante reflexão sobre “O que há por trás dos dados”, chamando a atenção dos gestores em saúde sobre a importância de garantir uma permanente construção da qualidade e cobertura do dado. Tais informações estão diretamente relacionadas com o pessoal de saúde que está na ponta dos serviços, onde o dado é gerado, organizado, classificado e disponibilizado através dos sistemas de informação sanitários. Transmite ainda no artigo sua vasta experiência como assessor internacional da OPAS/OMS em Classificações Internacionais, compartilhando observações e comentários sobre as estatísticas vitais, especialmente as de mortalidade.

Sala de Situação em Saúde: contribuição à ampliação da capacidade gestora do Estado?

*Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes**

O conhecimento produzido pelas informações é para a sociedade, o que a astronomia newtoniana é para o universo: uma representação simplificada, historicamente determinada, distante do real, mas operatória nos limites (cada vez mais amplos) da ação cotidiana humana.

Miguel Murat Vasconcellos¹

A primeira vez que ouvi a expressão ‘Sala de Situação’ foi através de Carlos Matus. Conheci-o em meados da década de 80. Fiquei impressionada com seu brilhantismo e convicção de que podia colaborar para a luta de redemocratização do país empreendida naquele momento no Brasil. De fato, não foi somente a mim que ele impressionou, mas a todos que à época compúnhamos a equipe da Secretaria de Planejamento em Saúde da Direção Geral do INAMPS: Eleutério Rodrigues Neto, José Gomes Temporão e Miguel Murat Vasconcellos, dentre outros, a partir das sementes plantadas por Henri Jouval Jr. e por Hésio Cordeiro durante sua gestão (1985-1988), que nos encorajava a sermos inovadores.

Ao participarmos dos esforços em defesa da democracia, atuávamos em diferentes arenas, dentre as quais destaca-se nesse ensaio o desenvolvimento de inovações na gestão e metodologia das ações de planejar em saúde. Esses esforços inserem-se no movimento político mais amplo que tinha como objetivo a unificação do sistema de saúde vinculada a uma profunda Reforma Sanitária, liderado pela militância política, técnica e popular que compunha o denominado movimento sanitário brasileiro. Nesse contexto histórico, buscar inovações no planejamento em saúde era uma tarefa coletiva, compartilhada à época com parceiros do Ministério da Previdência e Assistência Social (como José Saraiva Felipe, Márcia Bassit e Mourad Belaciano) e do Ministério da Saúde (José Agenor Álvares da Silva, Jackson Costa, Arilda Sabbas, entre outros), bem como com compa-

* Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Pública, ambos pela FIOCRUZ, é especialista em Administração de Serviços de Saúde e em Saúde Pública. Atualmente é Professora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói/Rio de Janeiro. É membro do corpo editorial e revisora da revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Integra a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Contato: ilara@ensp.fiocruz.br

nheiros da ABRASCO, do CEBES, de estados, municípios e de instituições de ensino e pesquisa.

Um dos resultados desse processo ficou conhecido como Programação e Orçamento Integrada (POI) no âmbito das Ações Integradas de Saúde (AIS), trabalhada enquanto etapa estratégica para o alcance do Sistema Único de Saúde na década seguinte. Nessa busca de alternativas, se insere a visita de Carlos Matus ao INAMPS.

Ocorreram várias reuniões, mais especificamente com o Diretor do Departamento de Planejamento em Saúde da Direção Geral do INAMPS à época (1985-1988) – Miguel Murat Vasconcellos – que forneceram subsídios fundamentais às diretrizes da POI e para o delineamento de uma ‘Sala de Situação’. A expectativa era que essa ‘Sala’ nos apoiasse no direcionamento estratégico rumo à integração do INAMPS ao Ministério da Saúde, na perspectiva de um novo arcabouço jurídico e organizacional para a Saúde.

Após muitos avanços e derrotas, acertos e erros, muitos de nós continuam trabalhando pela melhoria do Sistema de Saúde brasileiro, em outras arenas, participando do esforço coletivo seja por consolidar avanços seja desenvolvendo inovações para solução de velhos e novos problemas. Entendo a Oficina de Trabalho/OPAS “Salas de situação de saúde no Brasil: Sistematização das experiências” compondo esse processo histórico.

A proposta de Sala de Situação permanece como desafio a requerer aprofundamento conceitual, metodológico e sobre sua contribuição para a Política de Saúde nas diferentes esferas de governo. Carlos Matus, ao vivenciar e estudar minuciosamente esse universo, apresenta com convicção uma ideia (Sala de Situação) e um caminho (Planejamento Estratégico Situacional) para uma gestão pública responsável e de qualidade. Participar dessa reflexão é o objetivo desse trabalho, que procura tão somente apresentar considerações fundamentadas em pesquisas realizadas e na experiência vivenciada em instâncias decisórias das três esferas de governo, que acabaram por produzir evidências, algumas dessas aqui compartilhadas.

O empenho em procurar uma resposta à questão colocada no título desse ensaio – “Sala de Situação em Saúde: contribuição à ampliação da capacidade gestora do Estado?” – suscitou preocupações em torno do potencial da ideia de ‘Sala de Situação’ (SDSS) para subsidiar intervenções nos processos de saúde/doença/cuidado. Essa busca apontou a existência de um conjunto de resultados relevantes para a qualificação da gestão da saúde extraído de experiências de SDSS *pari passu* a revelação de uma miríade de entraves/desafios a serem considerados em sua implementação, sob pena de seu potencial transformador não se materializar plenamente. Nesse caso, observa-se seu uso vinculado à conservação de um *status quo*, apenas revestido pela ‘aura de modernidade’ e incorporação tecnológica (*apparatus*).

Assim, de forma a manter-se no escopo da presente publicação, são apresentados três eixos de reflexões realizadas em torno da ideia de ‘Sala de Situação’, trabalhada enquanto dispositivo para apoiar a decisão em saúde: 1º) Concepção de Sala de Situação: um desafio tridimensional; 2º) Referencial de análise adotado pela SDSS: o desafio da abordagem complexa; e 3º) Ambiente de Informação para Apoio à Decisão – modelo de organização e gestão da informação em saúde útil para a Sala de Situação?

1º Eixo – Concepção de Sala de Situação: um desafio tridimensional

A proposta de ‘Sala de Situação’ possui tal flexibilidade que sua implementação permite a adoção de matrizes conceituais e marcos referenciais variados e até contraditórios. Essa constatação pode ser interpretada como sua riqueza e potência criativa, ou tornar-se seu ‘calcanhar de Aquiles’. Ao contemplar, sob a mesma denominação, quase tudo que pressuponha algum tipo de organização de informações/conhecimento enfraquece-se enquanto ideia aglutinadora que possui especificidades que a diferenciam.

Mas, essa diversidade em sua concepção não representa necessariamente oposições. ‘Sala de Situação’ pode ser inovadora, contribuir para o processo de decisão em saúde e ao mesmo tempo tornar-se estéril, quase uma vitrine de ferramentas, gráficos e tabelas. Nesse caso, o diferencial não estaria no bojo da ‘Sala de Situação’ *in per se*, mas sim no contexto político-institucional em que se insere.

Entender a concepção que orienta uma específica iniciativa de ‘Sala de Situação’, nos moldes trabalhados nesse ensaio, representa um convite à reflexão sobre os atos, responsabilidades e compromissos assumidos pela autoridade maior de saúde da instituição em que se insere. Dito de outra forma, sua concepção será dada primordialmente pelo uso que lhe faz o *staff* diretivo da organização a qual se vincula e do *valor* conferido ao conhecimento e às informações pelos sujeitos decisórios. Por exemplo, é um contexto político onde as decisões são tomadas tendo por base informações/conhecimento sobre a situação de saúde ou a partir de outros critérios, tais como interesses partidários, atendimento clientelístico, casuístico, pontual e atomizador? Respostas a questões como essa condicionam a concepção e impacto da Sala de Situação.

Experiências de SDSS possuem em comum a ideia de apoio à decisão e/ou ao planejamento de “situações”. A depender do contexto, podem tornar-se dispositivos tecnocráticos, tecnicistas, centralizadores ou dar suporte a processos transparentes e participativos de gestão e planejamento em saúde, com uso intensivo de informações e conhecimento. Mas, essas últimas só vicejam em conjunturas comprometidas com a democracia e com um sistema de saúde universal, equânime e com qualidade. Dotá-la, por exemplo, de robustos recursos estatísticos e computacionais de tratamento da informação e de comunicação é necessário, mas não é suficiente para atender o potencial de relevância e impacto para a gestão em saúde intrínseco à ideia de ‘sala de situação’.

Essa abordagem evidencia que compreender o caráter estratégico da proposta de ‘sala de situação’ pressupõe analisá-la no contexto político-institucional no qual está sendo implementada, pois sua concepção será determinada primordialmente pelo modelo decisório e de gestão vigente (1ª. dimensão do desafio tridimensional).

Entretanto, os determinantes e condicionantes do ‘sucesso ou fracasso’ em iniciativas de ‘Sala de Situação’ também podem ser encontrados na construção epistêmica e histórica das informações em saúde: fragmentação, múltiplas fontes, baixa qualidade dos dados, vínculo à doença a partir do paradigma da Clínica, informações revestidas pelo mito da neutralidade, disponibilização da informação em formato que dificulta sua apropriação pelos gestores e pelo controle social, subordinação a interesses privados empresariais, dentre outros.

Esse quadro faz com que o modelo de organização de informação/conhecimento em saúde nem sempre atenda às demandas dos gestores em face de complexidade do setor e de suas articulações intersetoriais. Tal fato contribui para que as SDSS não atendam às necessidades dos tomadores de decisão. Esses, ao não compreenderem a amplitude dos problemas existentes no campo da informação em saúde e tecnologia de informação em saúde (TIS), acabam por atribuir às SDSS limitações que não estão em seu funcionamento.

Há, portanto, uma segunda dimensão de análise que precisa ser levada em conta nos esforços de aprimoramento da ideia de ‘salas de situação’: a gênese e formação histórica das informações em saúde (Moraes²), bem como seu conceito e recorte epistêmico expressos nas iniciativas, nem sempre ‘revelados’ e problematizados (2ª. dimensão do desafio tridimensional).

Ampliaria a capacidade informativa da ‘Sala de Situação’ a explicitação, por exemplo, de que a informação não reflete ‘A’ realidade, mas sim o olhar da sociedade sobre si mesma em um determinado momento histórico ou, pelo menos, apresentar os limites de cada indicador ou fontes de dados utilizados, deixando claro que cada um expressa uma determinada ‘leitura de mundo’, uma específica visão de uma ‘situação’, ainda longe de contemplar totalidades complexas como os processos de saúde/doença/cuidado. A iniciativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) – www.ripsa.org.br – apresenta uma importante contribuição a essa questão através das Fichas de Qualificação dos Indicadores e Dados Básicos (IDB-Brasil).

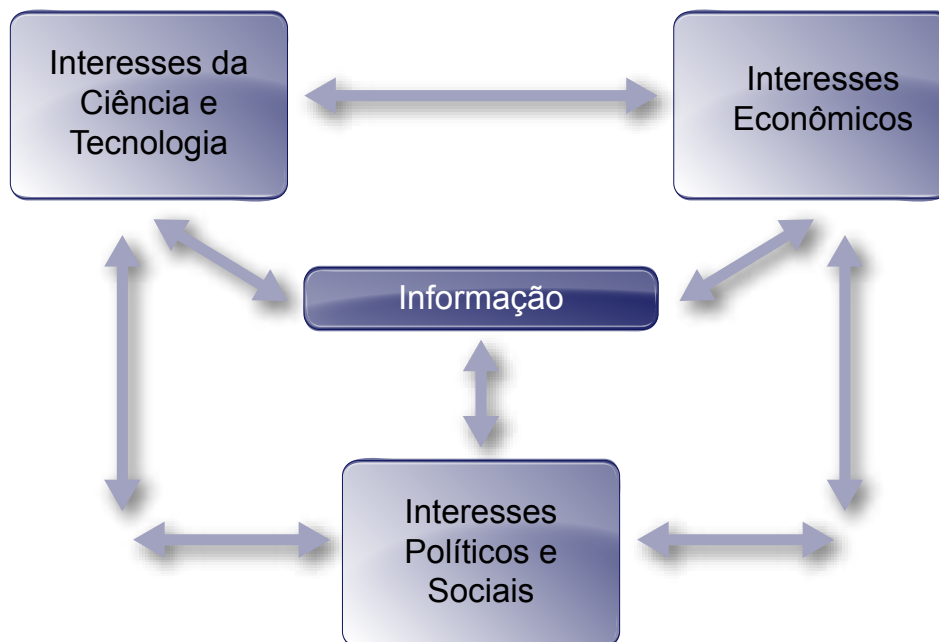
As afirmações mencionadas têm como referência o conceito de ‘*informação em saúde*’ como a representação de uma situação, que foi selecionada, tratada, resumida e organizada a partir de determinados interesses e visões de mundo:

- 1) por alguém (profissional/gestor da informação), de acordo com sua visão de mundo e domínio tecnológico; e,
- 2) por uma instituição, de acordo com os interesses e objetivos que estão em disputa pela direcionalidade de sua política institucional, refletindo determinadas relações de poder e produção de saber.

Essa *informação* encontra-se disponível (ou não) para divulgação e análise, para ser enfim utilizada para apoiar a decisão e/ou o exercício do controle social, a depender do pacto democrático conquistado, reduzindo a incerteza da ação, conforme a correlação de forças políticas e econômicas que estão presentes no processo dessa decisão. Tanto a produção e tratamento da informação em saúde, quanto as formas de seu uso pressupõem decisões políticas e econômicas plenas de relações de poder e produção de conhecimento; são portanto historicamente determinadas.

Nessa direção – informações historicamente determinadas – a concepção de ‘sala de situação’ recebe cada vez mais influências da sociedade globalizada, onde a informação e o conhecimento possuem centralidade e estão afetos e afetam interesses da ciência e tecnologia, interesses econômicos (principalmente os associados ao *apparatus* de *hardware* e *software*) e interesses políticos e sociais (Figura 1).

Figura 1. A informação no mundo atual



Buscar o aprimoramento das iniciativas de Salas de Situação pressupõe também concentrar esforços na instauração de uma ‘cultura informacional do uso da informação’ nas instituições de saúde. Essa nova cultura pressupõe mudanças tanto no processo de gestão da saúde, onde a informação e conhecimento sejam intensivamente utilizados, quanto na gestão da informação e TIS, direcionando-a para sua qualificação, articulação intersectorial, análise e fomento ao seu uso. É preciso lançar luz sobre problemas estruturais tanto no processo de tomada de decisão em saúde quanto na gestão da informação, sob pena de frustrarem-se as expectativas suscitadas com a implantação de Salas de Situação. Chega-se, assim, à terceira dimensão que envolve o contexto e concepção da SDSS: a qualidade da gestão da informação em saúde e das tecnologias que lhe estão associadas (3ª. dimensão).

Moraes² e Moraes et Gómez³ sustentam que a gestão da informação em saúde constitui uma das macrofunções estratégicas da gestão da saúde. Segundo essas autoras, as ações de saúde, ao se realizarem e para se efetivarem, incorporam e lançam mão de ações informacionais ao mesmo tempo em que produzem novas informações em saúde. Esse estatuto se complexifica cada vez mais, na medida em que a tecnologia, a informação e o conhecimento se imbricam aos processos instituídos na Saúde, nas relações humanas, sociais e políticas e, por conseguinte, no próprio projeto de democracia que se constrói na sociedade brasileira.

Entretanto, análise desenvolvida por diferentes autores, como Ayres⁴, Dunley⁵, Gómez^{6,7}, Mello Jorge *et al*⁸, Moraes², Moraes et Gómez³, Vasconcellos *et al*^{9,10}, destaca que o tema ‘qualidade da gestão das informações [em saúde]’ possui tênue problematização no interior das políticas públicas brasileiras, em especial nas práticas institucionalizadas (rotineiras) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Depreende-se desses estudos que a Gestão da Informação em Saúde ainda constitui uma prática atomizada, fragmentada e pouco valorizada no conjunto das ações de saúde.

De fato, há um processo gradual de sucateamento das instâncias públicas de gestão da informação e TI em saúde, fortalecendo a opção pela terceirização. Essa tendência ganha maior fôlego na década de 90 e se mantém até hoje como expressão, no campo da Informação e TIS, do projeto neoliberal de Estado: Estado mínimo, cuja função prioritária é a regulatória das relações entre mercado-mercado, mercado-consumidor e mercado-setor público/estatal. Como parte desse contexto histórico de esvaziamento da capacidade de respostas de instâncias públicas de gestão da informação e TIS, observa-se uma carência de iniciativas de educação permanente de suas equipes profissionais, essencial a um campo de saberes extremamente dinâmico.

A ausência sistemática de uma cultura de avaliação da qualidade da “Gestão das Informações em Saúde” constitui uma limitante aos avanços necessários à ampliação da capacidade de resposta do Estado brasileiro. Essa realidade acarreta consequências para o

alcance das Salas de Situação que são totalmente dependentes da qualidade das informações, resultando em perda de oportunidades de avanços no entendimento sobre os processos de saúde/doença/cuidado. Encontra-se aí a gênese da afirmação de Vasconcellos *et al*⁹ de que, apesar dos contínuos avanços tecnológicos relacionados às informações, evidencia-se um descompasso em sua apropriação e uso na ampliação da capacidade de intervenção em saúde da esfera pública e do desenvolvimento de um espaço cada vez mais estratégico para a Ciência e a Tecnologia do país, em um mundo globalizado.

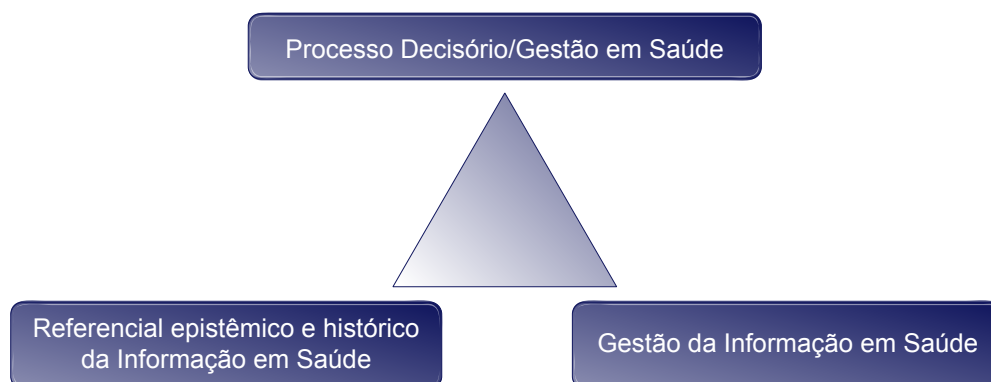
Estudos relacionados à implantação de SDSS que contemplem o contexto político decisório da saúde em que se inserem (1ª. dimensão), inovações que superem limitações epistêmicas e históricas da formação das informações em saúde (2ª. dimensão), bem como desenvolvimento de novas práticas que contribuam para a melhoria da qualidade da gestão das informações em saúde (3ª. dimensão) com certeza contribuirão para um ciclo virtuoso e educativo ao modelar e sistematizar o que se pode denominar como *‘boas práticas de gestão da informação em saúde e suas tecnologias’*, colocando o conhecimento gerado no âmbito da Sala de Situação a serviço de um processo decisório com base em informação qualificada. Entende-se, assim, que as SDSS podem contribuir para o desenvolvimento de novas práticas e saberes no cotidiano institucional do SUS.

Adota-se o conceito de *‘boas práticas’* conforme definido por Schraiber *et al*¹¹ (1999): *“Entenda-se essa “boa prática” como sendo aquela que, cientificamente, é a esperada. E que será operada segundo um modo de prestar os serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma de mercado, quanto com as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição desse benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira.”*

A esse conceito agrega-se a abordagem desenvolvida por Covita¹² que associa *‘boas práticas’* às idéias de inovação, *know-how* útil e difusão desse conhecimento, quando suportadas em modelos estruturados que permitam sua reprodutibilidade e contínuo e gradual aperfeiçoamento.

Para cumprir a missão de colocar-se a serviço da ampliação da capacidade gestora do Estado voltado para a melhoria da saúde, a implantação de uma *‘Sala de Situação’* impõe o compromisso de mudanças nas três dimensões trabalhadas anteriormente. A Figura 2 apresenta, esquematicamente, essa tríade, que pressupõe a existência de uma articulação virtuosa entre processo decisório/gestão em saúde – gestão da informação – referencial epistêmico e histórico da Informação em Saúde e suas tecnologias:

Figura 2. Sala de situação



2º Eixo – Referencial de análise adotado pela Sala de Situação: o desafio da abordagem complexa

A concepção de SDSS encontrada em Matus, ancora-se em um conceito dinâmico acerca do que seja ‘situação’. Para o autor, faz-se necessário a estruturação de Sala de Situação quando os gestores estão diante de questões/problemas complexos, que demandam aportes de conhecimento/tecnologia oriundos de diferentes campos de saberes e práticas para compreendê-los em sua plenitude e traçar estratégias eficazes para sua superação e/ou acompanhamento.

Desde o Iluminismo, um dos principais desafios da humanidade é compreender a vida em sua totalidade e plenitude pela *razão*, com as expectativas voltadas para a ciência e tecnologia como a resposta humana para essa questão: a compreensão o mais amplo possível sobre os fenômenos, fatos, situações. Ou seja, incluir nas análises a maior gama de explicações e dimensões descobertas/reveladas pelo conhecimento humano sobre determinado tema, em sua diversidade.

Esse entendimento convida à reflexão sobre as abordagens analíticas, metodológicas e de ação utilizadas pelas SDSS em sua missão de contribuir para ampliar a capacidade de governança em contextos/situações complexas. Mas, como extrair de ‘fragmentos de situações’ a complexidade inerente a sua totalidade?

Talvez, a variedade das fontes de informações possa se tornar uma virtuosidade se as experiências de Sala de Situação estiverem inseridas em contextos ancorados a algumas premissas, como por exemplo:

- 1) Identificação unívoca do cidadão atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

- 2) Padronização de representação da informação, de conteúdo e estrutura, de trocas eletrônicas e de segurança (o que inclui integridade, autenticidade e privacidade).
- 3) Articulação de duas concepções do Homem: a do *homo sapiens*, inventada pela Grécia, com a do *homo faber* dos positivistas, como Hume, Mill, Comte, contribuindo para a superação da dicotomia entre o saber e o fazer, entre planejar e agir, entre teoria e prática, entre filosofia e ciência, entre compreender o significado do *fazer* e o *know-how*.
- 4) Adoção de abordagens analíticas, metodológicas e operacionais alicerçadas em uma racionalidade que busque contemplar a ‘complexidade das situações’.

A complexidade da *situação* pode levar a um resultado distante do esperado pela decisão tomada, diante do feixe de interações com o contexto político e social no qual a *situação de saúde* está inserida. Essa ânsia pela compreensão de *situações* para melhor empreender intervenções configura o caráter estratégico da ação calcada na informação e no conhecimento.

Nesse caso, a escolha do referencial de análise a ser adotado pela SDSS torna-se uma questão central, pois como ensina Morin¹³ “... *esquemas simplificadores dão lugar a ações simplificadoras e esquemas unidimensionais, dão lugar a ações unidimensionais*”. E, ampliar a capacidade de gestão de ‘situações complexas’ requer a constituição de um pensamento complexo, pois exigem novas estratégias, agilidade em novas ações, em um eterno (re)pensar e um (re)fazer.

A maneira de pensar cartesiana possui alta potência operatória, contribuindo para a produção de um conhecimento pragmático. De acordo com Naomar de Almeida Filho¹⁴, a analítica cartesiana possui quatro ‘regras’ principais extraídas do Discurso do Método (1637), quais sejam:

- “Primeira regra: aceitar como verdadeiras somente as coisas conhecidas de modo **evidente** como tais [...], excluindo qualquer dúvida.
- Segunda: **dividir** cada problema em tantas partes quanto possível e quantas sejam necessárias para resolvê-lo.
- Terceira: conduzir em **ordem** os pensamentos, começando pelos mais simples e mais fáceis de conhecer, a fim de ascender, pouco a pouco, até o conhecimento dos mais compostos.
- Quarta: fazer sempre **inventários** tão completos e tão **gerais** que se fique certo de nada ter omitido”.

O pensamento cartesiano é hegemônico na racionalidade organizativa das informações em saúde, contribuindo para sua potência operatória, daí a citação de Vasconcellos no *caput* desse trabalho. A racionalidade de organização dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) expressa objetivamente os modelos causais e de intervenção decorrentes do

conceito de ‘Doença’ em Descartes que, segundo Almeida Filho ¹⁴ pode ser assim sintetizado:

- “**Conceito de Doença:** ... defeito na estrutura molecular de células, com **lesão** em nível tissular, resultando em **alteração** de funções de órgãos e sistemas, produzindo **patologia**, expressa objetivamente como **signos e sintomas** em indivíduos **doentes** que, acumulados aditivamente em grupos **enfermos**, conforma **morbidade** em populações...”
- **Modelos Causais:** Teorias microbianas, Teorias ambientais, Teorias comportamentais (estilo de vida) e Teorias constitucionais (genética).
- **Modelos de Intervenção:** Correção de defeitos, Supressão de agentes, Compensação de carências e Controle de desequilíbrios.”

Ainda segundo o autor citado, o conceito cartesiano de ‘Doença’ fundamenta o seguinte raciocínio:

- “**Populações humanas** = a soma de ...
- **Indivíduos** = conjuntos funcionais de ...
- **Órgãos e sistemas** = tecidos diferenciados formados por ...
- **Células** = micro-usinas bioquímicas produtoras de ...
- **Moléculas**”

Nesse diálogo com Descartes, Almeida Filho ¹⁴ sinaliza a necessidade de novas abordagens e nesse sentido propõe o seguinte conceito de Doença, agora tratado como ‘enfermidade’: “O objeto “enfermidade” é plural e multifacetado, **simultaneamente** defeito, lesão, alteração, patologia, doença, risco, dano; regido por uma **lógica de complexidade**, submetido tanto à ordem bio-demográfica quanto à ordem sociocultural; pode ser construído sob a forma de uma ‘rede de redes’, em níveis distintos.”

Esse breve resgate da influência cartesiana na organização das informações e das práticas de intervenção em saúde tem por principal objetivo sinalizar limites estruturais ligados às experiências de Sala de Situação, impactando negativamente em sua potência de apoiar decisões em face de ‘situações complexas’ por definição.

Refletir em torno do caráter estratégico e inovador presente na ideia de Sala de Situação suscita expectativas de inovações também para a abordagem analítica utilizada. A complexidade dos processos saúde/doença/cuidado convoca todos os sujeitos envolvidos para uma verdadeira ‘reforma do pensamento’ *pari passu* a construção da ‘reforma sanitária’.

Pascal (1623-1662) afirma que “sendo todas as coisas ajudadas e ajudantes, causadas e causadoras, estando tudo unido por uma ligação natural e insensível, acho impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, e impossível conhecer o todo sem conhecer cada

uma das partes”. A hipótese nesse ensaio é que talvez nessa abordagem se encontre a fundamentação para inovações que ampliem a contribuição da ‘Sala de Situação’ para a capacidade de intervenção dos gestores de saúde, que precisam lidar com a imprevisibilidade e com a incerteza inerentes aos processos de saúde/doença/cuidado.

Entretanto, cabe enfatizar que a ânsia pelo ‘novo’ não significa oposição ao hegemonicamente estabelecido, ao contrário, exercita-se uma aproximação rigorosa a diferentes abordagens através da circularidade aberta de saberes e práticas e a utilização de conceitos tais como intercampo, inter e transdisciplinaridade, global/local, macro/micro, subjetividade/objetividade, singular/total, concreto/virtual compondo **simultaneamente**, para além de suas partes, a tessitura comum de cada ‘situação’ – *complexus* – trabalhada pela SDSS.

Vale citar Morin¹³, para quem o pensamento complexo: “... *é o pensamento capaz de juntar, contextualizar, globalizar, mas também de reconhecer a singularidade, o individual, o concreto. (...) O pensamento complexo não se reduz nem à ciência nem à filosofia, mas permite a comunicação entre elas.*” Essa abordagem aspira o conhecimento multidimensional, mas sabe que o conhecimento completo é impossível, diante da insustentável/insuportável imprevisibilidade e ‘leveza do Ser’. É nesse sentido que o subtítulo desse item propõe o pensamento complexo como um desafio e não como resposta, como ensina Morin¹³.

3º Eixo – Ambiente de Informação para Apoio à Decisão – modelo de organização e gestão da informação em saúde útil para a Sala de Situação?

Em seu permanente compromisso com o desenvolvimento de metodologias e tecnologias que ampliem a capacidade de gestão, Miguel Murat Vasconcellos elaborou o modelo de um Ambiente de Informação para Apoio à Decisão em Saúde que possui proximidade com premissas contidas na ideia de SDSS.

Utilizando uma abordagem tecnopolítica, o autor desenvolveu um modelo de organização e gestão das informações em saúde concebido como espaço estratégico a serviço do dirigente em saúde, articulando saberes e práticas a partir do valor político e operativo da informação e da TI (Vasconcellos *et al*⁹). A análise dessa proposta fundamenta a hipótese de que o Ambiente de Informação para Apoio à Decisão em Saúde (AmIS), esquematicamente apresentado na Figura 3, pode constituir-se em um modelo que contribua para o aprofundamento metodológico e tecnológico da ideia de ‘Sala de Situação’.

Desenvolvido com a preocupação de sua aplicabilidade em situações concretas, o AmIS propicia o estabelecimento de uma “*sinergia de competências, recursos e memórias, frutos e matrizes do conhecimento em saúde, coletivamente produzido por seus sujeitos históri-*

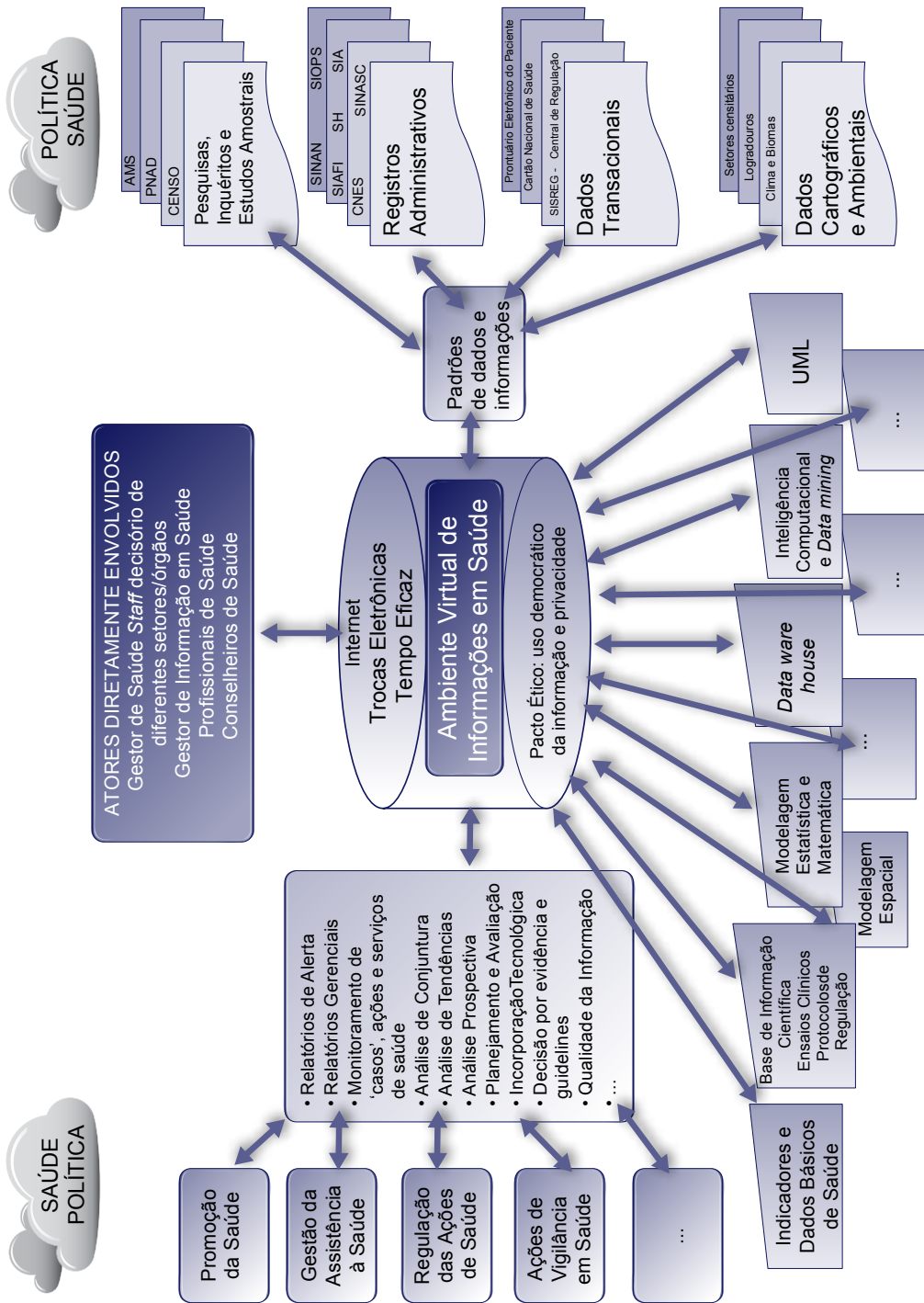
cos” (Vasconcellos *et al*⁹). Pressupõe um *modus operandi* de interação e cooperação ágeis e transversais, em um compartilhamento coordenado entre centros de decisão distribuídos pelo sistema e serviços de saúde, compondo uma infocontextura que tece objetivamente uma *Rede de Saúde*, contribuindo para a superação do atual modelo assistencial atomizado para um sistema integrado de serviços, ações e informações em saúde.

Para tal, o AmIS tem como requisito o estabelecimento de intensa circulação comunicativa transdisciplinar entre campos de saberes e práticas, destacando-se: ciências da saúde, ciências da computação, ciências humanas e sociais, ciência política, ciência matemática e as engenharias de produção, telecomunicação e biomédica. Destaca-se que o AmIS, virtual por excelência, está imerso no *mundo da Saúde* e no *mundo da Política*, expressões simplificadoras, representados na Figura 3 pelo simbolismo de *nuvens*.

Sua forma de estruturação fortalece a inserção do AmIS na *práxis* em saúde como macrofunção estratégica da gestão, constituindo-se em um dos dispositivos políticos de um Estado democrático. Essa concepção de organização e gestão da informação procura atender ao desafio de ampliar o uso da informação no cotidiano do processo decisório da saúde seja na formulação de políticas, na gestão, na análise de tendências, nas vigilâncias, na clínica; seja no controle social, enfrentando a desigualdade de acesso aos benefícios do avanço tecnológico.

Configuram-se, assim, no tempo e espaço cibernético, possibilidades de alcance de níveis de complexidade crescente no desenvolvimento de alternativas para a melhoria da função gestora em saúde, com repercussões na capacidade de governança das autoridades sanitárias e de acolhimento e resolutividade nos serviços de saúde. Nesse sentido, o AmIS aproxima-se da missão da SDSS e oferece um arcabouço teórico e metodológico que pode lhe ser útil.

Figura 3. Ambiente de informação para apoio à decisão em saúde



Fonte: Saúde em Debate, RJ, v.26, n.61, p.230 maio/ago 2002

A análise da Figura 3 evidencia que o Ambiente de Informação em Saúde modelado possui flexibilidade em sua concepção, podendo ser aplicado para gerar alarmes diante de situações inesperadas, permitir rastreabilidade de ‘casos’, ações e serviços de saúde que assim o requeiram e o acompanhamento e avaliação rotineiros de ‘situações’. Permite que seus *output* estejam disponíveis em linguagem, formatos e níveis de granularidade/desagregação compatíveis com o contexto dos atores políticos diretamente envolvidos: gestores de saúde, *staff* decisório de diferentes setores/órgãos, gestor de informação em saúde, profissionais de saúde e conselheiros de saúde, das três esferas de governo.

Obviamente, tal envergadura de ‘produtos’ não é tarefa para um único perfil de profissional, mas sim de uma equipe multidisciplinar com capacidade de estabelecer diálogos entre saberes a partir de uma circulação inter e transdisciplinar (Almeida Filho ¹⁵). Mesmo assim, Vasconcellos *et al* ⁹ destacam ser preciso o desenvolvimento de protocolos de cooperação com centros de excelência em pesquisas (de acordo com o foco de preocupação do AmIS), com vistas à produção coletiva de conhecimentos/tecnologia pois, diante da complexidade crescente dos processos de saúde/doença/cuidado, não é factível a constituição de uma ‘super-equipe’ que possa ‘dar conta de tudo’. Faz-se necessário, portanto, ancorar o AmIS em um projeto amplo de troca de experiências, de intercâmbio, com o estabelecimento de uma *rede de saberes e práticas*, no contexto de uma *tecnodemocracia* (Levy¹⁶), tendo a tecnologia de comunicação como provedora de conectividade em condições de gerar respostas no *tempo eficaz*, ou seja, de acordo com a necessidade do processo decisório, o que inclui o *tempo real*.

Como o AmIS vincula-se a processos decisórios, seu cotidiano enfrenta tensões em torno do que sejam informações sigilosas/restritas, de interesse específico da instituição/gestor, e aquelas a serem compartilhadas entre os participantes da *Rede*. Essas fronteiras são definidas em função da correlação de forças políticas estabelecidas no contexto maior da instituição e sua inserção na sociedade. No caso do SUS, com a existência dos Conselhos de Saúde, evidencia-se uma miríade de pontos de conflitos em torno da contínua luta pela defesa da ampliação dos limites à democratização da informação em saúde e transparência da gestão. Principalmente as informações que revelam resultados de compromissos que integram a agenda política dos gestores e/ou o acompanhamento de pactos/metas estabelecidos, alocação de recursos financeiros e de cobertura de serviços/ações de saúde.

Para que o AmIS execute essa funcionalidade (acompanhamento de compromissos e pactos políticos), a arquitetura de informações modelada integra bases de dados sobre ações e serviços de saúde, orçamento e finanças, condições epidemiológicas e sanitárias, situação socioeconômica e demográfica. Talvez, encontra-se aqui a principal contribuição e ao mesmo tempo desafio do AmIS: a articulação de informações historicamente trabalhadas de forma estanque e com racionalidades distintas.

A relevância do AmIS se define a partir de sua inserção no cotidiano da gestão institucional. Desse modo, a definição dos ‘pontos de cortes’, dos parâmetros de análise, dos *guidelines* que gerarão os ‘alarmes’, os referenciais de comparabilidade, normas sanitárias internacionais, dentre outros, constituem o cerne de seu funcionamento. Vasconcellos, em trabalho de 2008 – Vasconcellos *et al*¹⁰ – chama a atenção para tal fato. Entretanto, não teve tempo para aprofundá-lo.

Afinal, como são estabelecidos os parâmetros? Quem define seus usos? Quem os seleciona? As respostas a essas questões variam em função do contexto de democracia participativa e de alcance de consensos, principalmente no âmbito do SUS, diante de seu arcabouço jurídico-institucional que prevê os Conselhos de Saúde.

Vale lembrar que o Brasil possui importante experiência em processos de estabelecimento de consensos em torno de gestão da informação de interesse para a saúde. Trata-se da já citada Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (www.ripsa.org.br), cuja metodologia pressupõe decisões por consenso entre os participantes.

Iniciativas de implantação do modelo do AmIS (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, de 2000 até 2006 e no Instituto Nacional de Câncer, a partir de 2008) apontaram caminhos profícuos de produção de conhecimento postos a serviço da melhoria da saúde de indivíduos e populações. Essas experiências evidenciaram que a organização do AmIS constitui um amplo processo de aprendizagem coletiva, com práticas calcadas na solidariedade, na articulação e no compartilhamento de responsabilidades, em uma intensa circulação de idéias e saberes envolvendo instituições acadêmicas e de serviços de saúde.

Algumas considerações finais

Procurar responder à questão apresentada no título desse ensaio – **Sala de Situação em Saúde: contribuição para à ampliação da capacidade gestora do Estado?** – propiciou encontrar importantes avanços em sua implantação. Entretanto, para cada etapa cumprida, novos desafios se colocam para os gestores comprometidos com a diminuição das desigualdades e com os níveis de saúde da sociedade. Nesse sentido, surgem novas possibilidades que devem ser exploradas para que possa contribuir, em toda sua potencialidade, para a (re)organização do sistema de saúde no sentido de uma rede regionalizada, hierarquizada, equânime e com qualidade.

Pelo depreendido da ideia de Carlos Matus, pode-se concluir que a iniciativa de ‘Sala de Situação’ deve incluir em sua missão procurar responder, dentre outras, às seguintes questões:

- Contribui para decisões que agilizam e qualificam o atendimento da população no espaço e tempo adequados, instrumentalizando um salto de qualidade na articulação da gestão da oferta espontânea com a gestão da oferta programada?
- Sua atuação se dá de forma integrada com os demais setores da instituição e do SUS, superando a cultura de constituição de ‘feudos técnicos’ estanques?
- Subsidia a reorganização do sistema de saúde, articulado em uma rede regionalizada e hierarquizada, onde cada serviço tem uma cobertura determinada (território-população) e responsabilidade sanitária definida?
- A população e os conselheiros de saúde percebem a SDSS como um avanço do Sistema de Saúde em prol do bem-estar de cada humano e do coletivo?
- Promove a incorporação, na cultura institucional, de um pacto ético de respeito à privacidade e confidencialidade dos dados dos cidadãos?

A qualidade e amplitude da SDSS expressarão a correlação de forças que se formar na defesa de seus fundamentos e no compromisso com a transparência das ‘razões de Estado’ que orientam a Política de Saúde em espaço/tempo concretos. Idem para o modelo de AmIS que, ao propor uma arquitetura de organização e gestão da informação em saúde, de fato procura oferecer no espaço virtual, a materialidade necessária tanto ao conceito de ‘Informação em Saúde’ apresentado anteriormente, quanto ao conceito de ‘Tecnologia de Informação em Saúde’ como: todas as formas de conhecimento relacionadas à produção, gestão e disseminação de informações que podem ser utilizadas para solucionar ou amenizar problemas de saúde de indivíduos ou populações, promovendo a melhoria da qualidade de vida. Ou seja, constituir-se no espaço que conjugue saberes e ações implícitos às ‘boas práticas’ de gestão da informação e tecnologia de informação em saúde, vinculando-as à gestão da saúde.

O desejo do Homem de querer ‘controlar’ a natureza e o curso da vida (individual ou coletiva) encontra sua virtude em todos os avanços construídos pela humanidade. Mas, como lembra Karl Marx citado por Matus¹⁷: “*os homens fazem a história, porém não elegem as circunstâncias*”. Nestes tempos de ameaças de grandes transformações no planeta Terra, onde na V Conferência sobre Mudança do Clima (dezembro/2009), em Copenhague, não alcançou no consenso político o que a Ciência preconiza, faz-se um convite à reflexão do significado e alcance do lema, calcado no fim do século XVIII: liberdade, igualdade e fraternidade.

Hobsbawn¹⁸ insiste que a humanidade ainda não cumpriu esse ciclo. A liberdade e igualdade não são vivenciadas equanimente por todos, o sentido de fraternidade nas relações entre países se vê subordinado aos interesses econômicos, mesmo sob a ameaça de grandes cataclismos. Nesse contexto, a esperança se nutre na ética da responsabilidade (Hans Jonas) consolidada nas diversas arenas das lutas diárias, onde o global e o local integram a mesma ‘atualidade’ **simultaneamente**. Atualidade na qual a iniciativa de Sala de Situ-

ação constitui uma importante oportunidade de avanço do conhecimento humano em prol da Saúde.

Pressupõe liberdade de criação, de inovação, de análise, de acesso e uso de informações, igualdade na distribuição de seus benefícios e fraternidade no compartilhamento dos resultados encontrados: solidariedade.

Referências bibliográficas

1. Vasconcellos, MM. Modelos de Localização e Sistemas de Informações Geográficas na Assistência Materna e Perinatal: uma aplicação no município do Rio de Janeiro. Tese de D. Sc, Programa de Engenharia Biomédica, COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, 1997. <http://www.ensp.fiocruz.br/~miguel/tese>.
2. Moraes, IHS de. Política, Tecnologia e Informação em Saúde – a utopia da emancipação. Salvador: ISC/UFBA e Casa da Qualidade Editora, 2002.
3. Moraes IHS et Gómez, MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 12(3):550-551, 2007. (disponível em www.cienciaesaudecoletiva.com.br ou www.scielo.br)
4. Ayres, JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, RJ, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a04.pdf
5. Dunley, G. A Festa Tecnológica – o trágico e a crítica da cultura informacional. SP:Ed Escuta/RJ: Ed Fiocruz, 2005.
6. Gómez, MNG de Para uma reflexão epistemológica acerca da ciência da informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*. v.6, n.1, p.5-18, 2001.
7. Gómez, MNG. de A Informação como Instância de Integração de Conhecimentos, Meios e Linguagens. *Questões Epistemológicas, Consequências Políticas*. IN: GÓMEZ, M.N.G. de. et ORRICO, E.G.D. (Org) *Políticas de Memória e Informação: reflexos na organização do conhecimento*. Rio Grande do Norte, Editora: EDUFRN, 2006.
8. Mello Jorge, MHP de; Laurenti, R; Gotlieb, SLD. Análise da Qualidade das Estatísticas Vitais Brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 643-654, 2007.
9. Vasconcellos, MM, Moraes, IHS de et Cavalcante, MTL. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde em Debate*, 26 (61): 219-235, São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES. 2002.
10. Vasconcellos, MM, Gribel, EB et Moraes, IHS de. Registros em Saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v24 supl 1, p.s173-s182, RJ, 2008.
11. Schraiber, L *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol 4 n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

12. Covita, HM. Aprendizagem ao longo da vida: boas praticas e inserção social. Aná. Psicológica, jul. 2002, vol. 20, no. 3, p.337-357, Lisboa, Portugal.
13. Morin, Edgar. Introdução ao pensamento complexo. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.
14. Almeida Filho, N. Epidemiologia Social e Vigilância em Saúde: do Paradigma Causa/Risco à Ruptura Emergência-Contingência. Conferência proferida na Expo Epi/2009. Ministério da Saúde, Brasília.
15. Almeida Filho, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005.
16. Levy, P. *O que é virtual?* São Paulo: Ed. 34, 1996.
17. Matus, C. O Líder sem Estado-Maior. SP:Fundap, 2000.
18. Hobsbawm, EJ. *Ecos da Marselhesa. Dois séculos revêem a Revolução Francesa*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

O que há por trás dos dados?

*Roberto Becker**

O objetivo dessa reflexão é chamar a atenção para alguns cuidados com dados e informações que são a alma de uma Sala de Situação. Trataremos, no caso presente, de discutir aspectos relacionados com dados de mortalidade.

Muitos são os fatores que podem influir nas estatísticas de mortalidade e na sua interpretação, como: cobertura e qualidade dos dados; certificação médica, que abrange o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e outros aspectos especiais; Classificação Internacional de Doenças (CID); conceitos e definições utilizados; manejo dos dados (consolidação, seleção de indicadores e apresentação estatística).

É importante lembrar que: “As causas de morte assinaladas nos atestados de óbito representam a fonte individual mais importante de estatísticas sobre doenças, nos níveis nacional, regional e local, disponíveis para o conjunto da população”. (Editorial, AJPB, 77(2):137-139).

Muitas são as variáveis disponíveis, relacionadas a: identificação (tipo, data, hora, idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação, naturalidade); localização (residência, ocorrência, tipo de local); dados específicos (mulheres, menores de um ano, fetos); certificação (assistência médica, atestante, causas, confirmação diagnóstica); circunstâncias de causas externas.**

Quanto à cobertura e à qualidade, é preciso ressaltar a ocorrência de sub-registro, que, no caso do Brasil, alcança percentuais diferenciados nas várias Unidades da Federação: no Rio de Janeiro (RJ) e Rio Grande do Sul (RS), 0%; no Amapá (AP), 41%; no Maranhão (MA), 43%. Também existem diferenças significativas entre países: em Cuba, 0%; no Canadá, 0,7%; em Honduras, 52,1%; no Haiti, 88,0%. Isso significa que não podemos

* Roberto Becker é Médico, especialista em Saúde Pública e Epidemiologia tendo atuado na Fundação SESP/Bahia e também na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. No Ministério da Saúde, foi Diretor da Divisão Nacional de Epidemiologia e Secretário de Programas Especiais do INAN. Em seguida, coordenou a Unidade de Informações Epidemiológicas da FUNASA e a partir de então exerce o cargo de Assessor Regional para Classificações Internacionais da OPAS/OMS, tendo atuado na Venezuela, Peru, Washington, BIREME e Representação Brasil. Contato:beckerrobsb@gmail.com

** Os dados aqui apresentados, salvo indicação em contrário, referem-se a anos recentes, em geral de 2002 e 2007.

simplesmente tomar os dados brutos para fazer comparações, sendo necessário ajustes e estimativas.

Outro aspecto a considerar, são as causas mal definidas ou não definidas, que são aquelas sem assistência médica ou em que o profissional, ao preencher o atestado de óbito, coloca dados incompletos ou mal definidos. Causas mal definidas/não definidas também alcançam percentuais diferenciados nos estados: no Mato Grosso do Sul (MS), 1,8%; no Distrito Federal (DF), 2,3%; no Pará (PA), 22,4%; na Bahia (BA), 25,3%. A comparação entre países também revela percentuais diferenciados: na Venezuela, 1,2%; no Paraguai, 20,0%. Para análise de problemas de saúde e causas de morte, informações como parada cardíaca e falha múltipla dos órgãos são imprecisas e inadequadas. Por outro lado, as causas externas de intenção não determinada são responsáveis, no DF, por 0,3% dos óbitos por causas externas e, no Ceará (CE), por 0,5%. No México, esse percentual é de 5,9 % e, na Hungria, de 1,5%, no Rio Grande do Norte (RN), 18,7%; na BA, 13,5%; na Polônia, 30,0%; no Chile, 30,8%.

Quanto à certificação, em alguns países, como o Peru, 14% das informações de causa de morte são fornecidas por não médicos, enquanto na Nicarágua todas as informações são médicas (atestados médicos). As informações médicas e não médicas, para causas naturais de morte, não costumam ser comparáveis.

Em relação à cobertura e à qualidade da atenção à saúde, também são encontradas incongruências. No quesito mortalidade materna *versus* cobertura pré-natal, com realização de sete ou mais consultas, no Paraná (PR), computam-se 66,1 *versus* 74% e, em Santa Catarina (SC), 33,1 *versus* 64%. Diante dessas informações, muitas são as perguntas: Trata-se de dados incongruentes? Existe diferente cobertura de atenção ao parto? Há diferente qualidade de atenção? É diferente o critério de classificação? Ou essa incongruência poderia ser explicada por outros fatores?

Outro exemplo de incongruência na cobertura da qualidade é quanto à mortalidade infantil (cálculo direto, ver notas técnicas da RIPSa) *versus* sub-registro de óbitos de menores de um ano: em SC, é 12,6 *versus* 28%; no RS, 13,7 *versus* zero. Diante desses dados, não é possível saber se as estimativas são inadequadas, se a mortalidade infantil está realmente subestimada em SC, ou se as diferenças ocorrem por outras razões.

Importante salientar que, antes de concluir a análise acerca dos dados incongruentes, é preciso perguntar: Será que é isto mesmo? Será que existem motivos que expliquem esses dados? Antes de chegar a alguma conclusão, é preciso verificar todos os aspectos dos dados disponíveis para saber se não é necessário fazer algumas correções.

O dado mais usado em análise de mortalidade refere-se à causa básica de morte. No modelo internacional de atestado médico de causa de morte, é definida uma sequência:

(I) a doença ou estado patológico que produziu diretamente a morte; *causas antecedentes* – estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima, mencionando-se por último a causa básica; (II) outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, porém não para a doença ou estado patológico que a produziu.

Um exemplo de certificação médica poderia ser dado pelo caso adiante descrito: mulher com 37 anos, admitida na emergência, edema generalizado, dispnéia de esforço e ascite, pressão arterial de 150/100, batimentos cardíacos acentuados, frequência de 80 por minuto, fígado 5 dedos abaixo do rebordo costal, há alguns anos em tratamento por glomerulonefrite crônica. Tratada, melhorou um pouco, com a pressão oscilando entre 150-180 / 100-120 e, ao cabo de um mês, seu estado complicou, falecendo em uma semana com edema agudo de pulmão.

No certificado original constou: (a) hipertensão; (b) edema de pulmão e (II) nefrite antiga. Nesse caso, a certificação correta seria: (a) edema agudo de pulmão; (b) cardiopatia hipertensiva; (c) glomerulonefrite crônica.

Merece ênfase o fato de que diferentes formas de preencher os atestados de óbito levam a causas básicas de morte diferentes. No caso acima, pelo atestado original a causa básica seria edema pulmonar, enquanto a correta deveria ser glomerulonefrite crônica.

Na certificação médica – preenchimento do atestado médico de causa de morte, é importante ficar atento à sequência (“a” devido a “b” devido a “c” devido a “d”); Parte I / Parte II e colocar um só diagnóstico por linha. O uso de acrônimos/ siglas pode dificultar por causa dos inúmeros significados (IRA, AVC, IM, etc.) e a caligrafia dos médicos também pode ser um complicador. Além disso, é preciso reconhecer que alguns diagnósticos são evitados como, por exemplo, suicídio, AIDS e tuberculose, por questões de seguro de saúde, preconceitos, etc.

Além disso, é preciso ter cuidado com algumas informações, como em relação ao traumatismo *versus* causas externas. É preciso igualmente lembrar que parada cardíaca e infarto, por exemplo, não são sinônimos. É ainda necessário ter cuidado com as informações incompletas e imprecisas, por exemplo: pneumonia (etiologia/ hipostática / terminal); infarto (agudo ou antigo/ do miocárdio ou cerebral); endocardite (aguda ou crônica/ válvula/ reumática); neoplasia/tumor (comportamento); senilidade; falha de múltiplos órgãos; sinais e sintomas. É preciso ainda reconhecer que, às vezes, é difícil identificar a causa da morte, pois há uma série de doenças crônicas que podem acarretá-la. A causa básica de morte é a doença que iniciou a sucessão dos eventos que a provocaram.

O ideal é trabalhar com causas múltiplas para a morte, o que é bastante complexo, a começar pela definição relacionada com causas contribuintes, terminais, associadas, etc.

Em relação à Classificação Internacional de Doenças, a CID, sua multiaxialidade abrange a etiologia, a anatomia, o tempo e outros eixos. Também é preciso considerar mudanças de critérios, de uma revisão da CID para outra, com a localização de doenças em diferentes capítulos, como pneumonias, gripe, meningites.

Entre a CID-9 e a CID-10 houve um aumento de 6.936 códigos para 12.421, além de reestruturação de capítulos abrangendo doenças endócrinas e metabólicas, nutrição, sangue e imunidade; mudanças em critérios (altamente improvável e causas terminais); realocização de doenças, como HIV/AIDS e tétano neonatal. As discussões para a realização de mudanças e atualizações ocorrem em diversos espaços da Rede de Trabalho para Classificações Internacionais da OMS (WHO-FIC Network) – Forum-CIE, ICD-Forum, Mortality Forum, MRG, URC.

Também é preciso haver a standardização de conceitos e definições, como: nascido vivo; óbito fetal; aborto (não existe uma definição estatística internacional); natimorto; período perinatal; mortalidade perinatal; período neonatal – precoce e tardio; afecções originadas no período perinatal; mortalidade infantil – neonatal tardia ou pós-neonatal; mortalidade materna – taxa / razão, mortalidade materna tardia e mortes relacionadas (concomitantes) à gravidez.

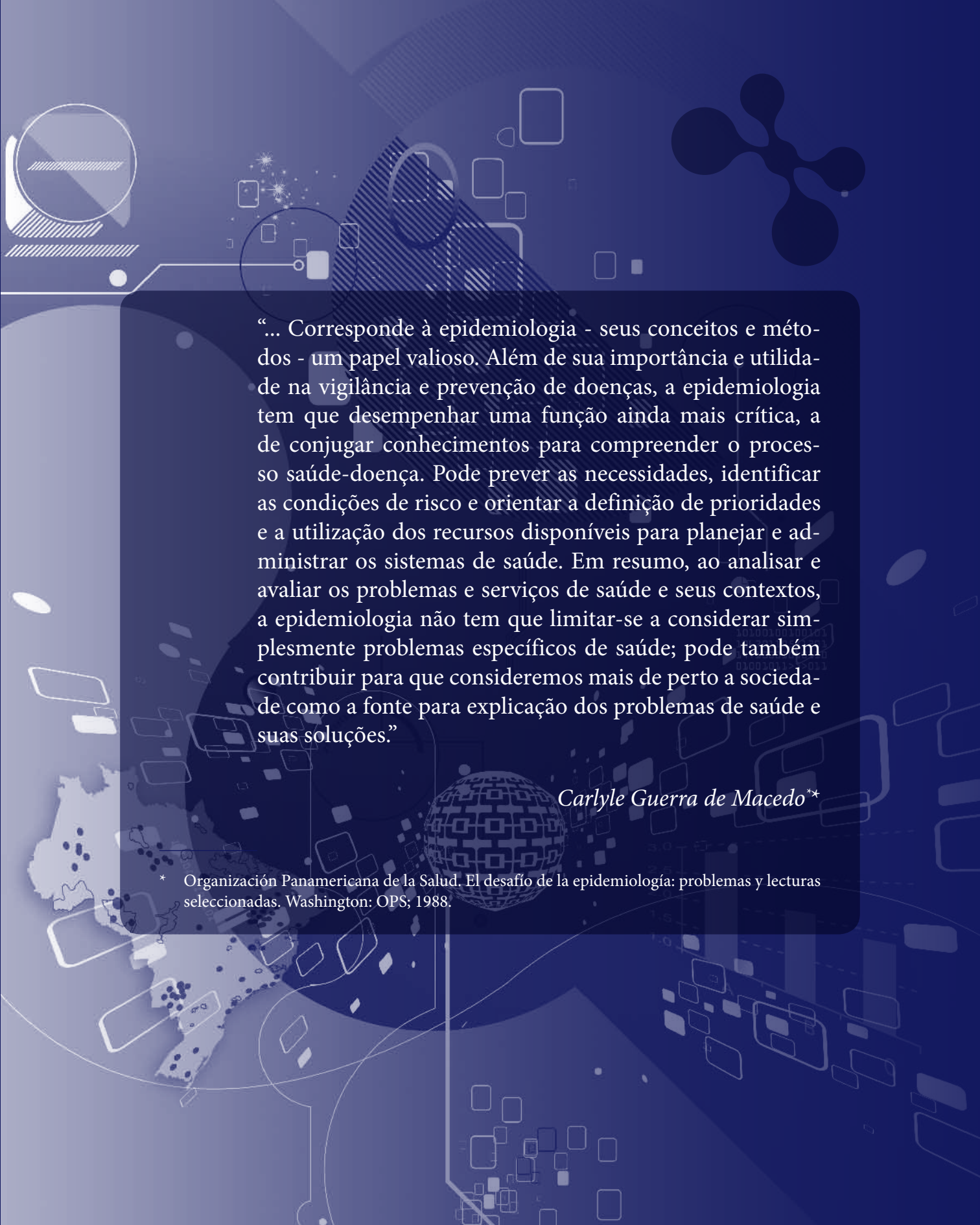
Quanto à consolidação dos dados, alguns aspectos merecem ser enfatizados: validação e consistência; averiguações; correções; manipulações intencionais; limpeza estatística; dados preliminares/provisórios; fechamento estatístico; distribuição de notas técnicas.

Em relação às formas de tabulação/listas, é possível: realizar a análise por meio da visão panorâmica (Lista OPAS 6/67); listar as principais causas utilizando listas específicas (Lista “PAHO/WHO LC”, para ordenação das causas principais); utilizar critérios de evitabilidade e tendências (lista padrão antigo ou atual).

Também é preciso ter cuidado com a aplicabilidade dos indicadores. Um exemplo é a mortalidade materna (por 100.000 NV), comparando-se três países: no país 1, em 2002, foi 125 e, em 2004, zero; no país 2, em 2002, foi 33 e, em 2004, 133; no país 3, em 2000, foi 46, em 2002, 73 e, em 2003, 65. No entanto, considerando o tamanho do universo, no país 1, Aruba, uma morte materna é igual a 125 por 100.000 nascidos vivos (800 NV por ano); no país 2, Saint Lucia, uma morte é igual a 33 (3.000 NV); no país 3, Brasil, uma morte é igual 0,03 (3.200.000 NV). São exemplos de parâmetros de aplicabilidade: não/aplicável se o coeficiente de variação for maior que 23% ou n/a se o universo for menor que 20% (ou 10%) da constante.

Ainda quanto à seleção de indicadores, é preciso considerar os atributos relacionados: à especificidade (nutrição – antropometria *versus* mortalidade infantil por desnutrição); à sensibilidade (peso-idade *versus* altura-idade); ao poder de discriminação (mortalidade

geral ou infantil *versus* esperança de vida); à disponibilidade dos dados; à facilidade de cálculo e interpretação (mortalidade infantil *versus* APVP ou razão de mortalidade proporcional); à homogeneidade de parâmetros (mortalidade infantil ou esperança de vida *versus* APVP); à fonte; aos dados registrados / dados estimados; à aplicabilidade.



“... Corresponde à epidemiologia - seus conceitos e métodos - um papel valioso. Além de sua importância e utilidade na vigilância e prevenção de doenças, a epidemiologia tem que desempenhar uma função ainda mais crítica, a de conjugar conhecimentos para compreender o processo saúde-doença. Pode prever as necessidades, identificar as condições de risco e orientar a definição de prioridades e a utilização dos recursos disponíveis para planejar e administrar os sistemas de saúde. Em resumo, ao analisar e avaliar os problemas e serviços de saúde e seus contextos, a epidemiologia não tem que limitar-se a considerar simplesmente problemas específicos de saúde; pode também contribuir para que consideremos mais de perto a sociedade como a fonte para explicação dos problemas de saúde e suas soluções.”

*Carlyle Guerra de Macedo^{**}*

* Organización Panamericana de la Salud. El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Washington: OPS; 1988.

CAPÍTULO II: Sala de Situação na América Latina e Caribe e as Experiências no Brasil

O presente capítulo tem como objetivo central resgatar as experiências em Sala de Situação de Saúde na América Latina e Caribe, bem como as experiências brasileiras.

Não há como construir um futuro, de forma estruturada e orgânica, se não conhecemos a história e partilhemos as experiências dos que a construíram. Tais percursos, com seus respectivos ‘erros e acertos’, trazem as possíveis sementes de novas possibilidades. Como já dizia o escritor e jornalista brasileiro Laurentino Gomes, em seu livro intitulado 1808: *“O objetivo da história é iluminar o passado para entender o presente e construir o futuro. Uma sociedade inculta, incapaz de estudar e analisar sua história, não consegue entender a si própria ... Uma visão de curto prazo, que não leva em conta as lições do passado, conduz a soluções igualmente imediatistas”*.

Assim sendo, para cumprir tal meta, foram convidados três painelistas que durante a Oficina de Trabalho sobre Sala de Situação de Saúde debateram o referido tema, sob a coordenação do Dr. Gustavo Bergonzoli*.

Ao Dr. Jose Moya, pela importante experiência como consultor internacional da OPAS/OMS, coube a incumbência de explanar sobre o Panorama das iniciativas de Sala de Situação na América Latina e Caribe. Na sua conferência foram identificados tanto os processos internacionais de estudos e análises de tais experiências, como também os significativos esforços internacionais da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) na promoção do intercâmbio de experiências e aprofundamento conceitual, desde a reunião em Santo Domingo/República Dominicana, no ano 2000, passando pela de Brasília/Brasil, em 2002, seguida pelo evento na cidade do México em 2007, onde estiveram presentes representantes de países como o Panamá, Nicarágua, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Guatemala, Cuba, México e Haiti, tendo sido também convidados o Brasil, a Argentina, o Peru e a Venezuela.

Para debater sobre a experiência brasileira, recuperando a história e os avanços na utilização das Salas de Situação no Brasil, foi convidado o Dr. Helvécio Bueno, que devido à sua vasta experiência na área, recuperou as primeiras experiências ocorridas em 1994, com seus recursos mais rudimentares, passando pela incorporação da Sala de Situação

* Médico, Assessor Internacional da Área de Promoção da Saúde da OPAS/OMS.

ao crivo da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, ganhando significativa qualidade, até as experiências mais recentes com maior incorporação tecnológica.

Ao Dr. Jose Rivaldo França, por sua vivência em planejamento junto ao Sistema Único de Saúde, coube o resgate da experiência da Sala de Situação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que tem como objetivo central a disponibilização de informações e relatórios de tendências, com vistas a disseminar informações em saúde no SUS e subsidiar a tomada de decisão relativa à gestão, práticas profissionais, produção de conhecimentos, de forma desagregada até o nível da gestão municipal.

Panorama sobre as Salas de Situação de Saúde na América Latina e Caribe

José Moya*

Introdução

As primeiras experiências sobre as Salas de Situação de Saúde (SDSS) se remontam ao Brasil, como uma ferramenta para favorecer a gestão no marco das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização, democratização e controle social. A primeira sala de situação inaugurada foi no município de Campina Grande, no Estado da Paraíba, em dezembro de 1994.¹ Na Nicarágua também existem referências de trabalho com essa ferramenta, em meados dos anos 90, em processos de descentralização municipal dos sistemas de saúde e diante de situações de emergência.²

Desde então, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) vem participando das experiências sobre as SDSS na América Latina e no Caribe. O tema foi debatido durante as reuniões de diretores de epidemiologia dos países das Américas e da OPAS, em Santo Domingo, República Dominicana, no ano 2000, e em Brasília, no de 2002. Em ambas reuniões foram apresentadas experiências sobre a aplicação de salas de situação de saúde, com definições, propostas operacionais e resultados em nível local, subnacional e nacional.

Em 2007, realizou-se na cidade do México a “*Reunión regional sobre el nuevo Reglamento Sanitario Internacional e Intercambio de Experiencias sobre Salas de Situación de Salud*”,³ ressaltando as apresentações da Unidade de Inteligência para Emergências em Saúde (UIES) do México, e do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) do Brasil. Ambas experiências estavam orientadas a reforçar a vigilância da saúde, incorporando o conceito de inteligência epidemiológica, a prática das salas de situação de saúde, e considerando a aplicação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005).⁴ Nessa reunião também foram apresentadas as experiências dos Comitês Operacionais de Emergência (COE), que a equipe de prevenção e mitigação de desastres

* Médico, Especialista em Epidemiologia Aplicada, Mestre em Saúde Pública e Doutor em Saúde Coletiva. Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde na área de Análise de Saúde e Sistemas de Informação desde o ano 2000. Trabalhou nas representações da OPAS/OMS no Peru, Haiti, México e atualmente no Brasil. Foi funcionário do Ministério da Saúde do Peru entre 1988 e 1997 e trabalhou com os Médicos Sem Fronteiras (MSF) na Guatemala, Moçambique e Nigéria. Contato: moyajose@paho.org

da OPS promove na Região, como espaço de intercâmbio de informações intersetoriais e de tomada de decisões diante situações de emergências sanitárias.

Em maio de 2009, realizou-se um seminário na sede da OPAS no Brasil, onde foram apresentadas experiências sobre salas de situação, observatórios de saúde e painéis de informação em saúde, entre outras que se desenvolveram no país, em nível federal, estadual e municipal. Esse livro é produto do seminário, que teve como objetivo central resgatar essas experiências, compartilhá-las e difundi-las no marco de gestão da informação e do conhecimento. Considerando a dimensão do Brasil, os 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e os avanços no desenvolvimento de seus sistemas de informação sanitária, as experiências apresentadas no seminário foram de uma diversidade conceitual e instrumental excelentes, com aplicação em diferentes cenários e objetivos.⁵

A implementação das SDSS em diversos países, nos últimos 15 anos, gerou uma ampla experiência conceitual, metodológica e de resultados. Essa diversidade se deve às diferentes utilizações e prioridades para implementação das salas, bem como aos diferentes níveis de gestão da saúde em que se localizaram. O que é comum a essas experiências é o reconhecimento da natureza estratégica da SDSS, que permite maior capacidade de geração de análise de saúde e com o seu uso aplicado à gestão em saúde.

A epidemiologia e a gestão em saúde

Um marco importante da epidemiologia na região das Américas foi o seminário “Usos e perspectivas da epidemiologia”, realizado em Buenos Aires, Argentina, em 1983.⁶ Nessa reunião, se fez um diagnóstico da situação da epidemiologia nos serviços de saúde, que permitiu discutir os desafios, alguns dos quais seguem vigentes até o presente momento, apesar dos avanços nas últimas décadas. Nesse evento, o foco das atenções era a vigilância epidemiológica relativa às doenças transmissíveis e a sua capacidade de detectar situações anormais. A representatividade das informações era, naturalmente, questionável e sua qualidade, duvidosa, pois praticamente não ocorriam análises nos níveis de prestação de serviços e assim os indicadores disponíveis refletiam apenas as médias nacionais, sem mostrar as diferenças no interior dos países. O seminário recomendou ampliar a vigilância epidemiológica para as doenças não transmissíveis, as crônicas e fomentar a análise de informação nas unidades mínimas geográficas, como ao nível municipal, com a participação de centros acadêmicos e de profissionais de outras disciplinas.

Duas novas contribuições para disseminar o conhecimento e a prática em epidemiologia foram realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde, na década de 80. Uma delas foi a elaboração de antologia dos principais trabalhos em epidemiologia realizados no mundo desde o início da disciplina, que resultou na publicação *El Desafío de la Epidemiología, Problemas y Lecturas Seleccionadas*.⁷ A segunda consistiu nos *Módulos de*

Principios de Epidemiología para el Control de las Enfermedades (MOPECE), com uma segunda edição atualizada em 2001 e que foi traduzida para o português.⁸

Ainda que na região das Américas exista um evidente avanço na cobertura e qualidade dos sistemas de informação em saúde, persistem diferenças entre os países. Por exemplo, o sub-registro de mortalidade no Haiti alcança 94.7%, enquanto no Chile é de 1.1%; e quando se registra o falecimento, as causas mal definidas alcançam 45% na Bolívia, contra apenas 0.8% em Cuba⁹. Dessa forma, os dados que derivam dos serviços de saúde – através de diversos formulários – devem merecer consideração quanto à qualidade, cobertura e disponibilidade, fatores fundamentais para que possam traduzir, com alguma precisão, as condições de vida da população, as necessidades e as respostas dos serviços de saúde. A gestão da informação envolve intervenção nos recursos humanos e tecnológicos. O fator humano é prioritário para garantir a qualidade da informação. Por outro lado, as novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), adaptadas às necessidades de informação do gestor, facilitam a captura do dado, a sua consolidação em bases, a elaboração de tabelas e indicadores e sua difusão aos diferentes níveis de gestão de saúde. No Brasil, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o responsável por manter o acervo de dados e difundi-los aos gestores e público em geral.¹⁰

A análise de informação em saúde, que nos leva a conhecer o estado de saúde na população e seus determinantes, é uma atividade central da epidemiologia. Os dados produzidos pelos sistemas de informação sanitária – relativos a estatísticas vitais, vigilância epidemiológica, produção de serviços, programas de saúde e investigações – devem ser transformados em informação, para o que necessitam ser analisados. A análise compreende o processamento desses dados, o uso de indicador apropriado, sua apresentação tabular e gráfica, e sua interpretação.¹¹ Desse modo, os dados se transformam em informação, que gera conhecimento (opinião) e que em sequência deve gerar a tomada de decisões para melhorar as condições de saúde.

São tão importantes os dados quantitativos como os qualitativos. A informação qualitativa, que conforme o espaço-território, a cultura e a história dos povos, ganha interpretações e significados diferentes sobre as necessidades e respostas em saúde, é fundamental para o êxito das intervenções na saúde. Como destaca De Souza Minayo: “*Se falamos de saúde ou doença, essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida só em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico*”.¹² Cada vez são mais **frequentes** os estudos qualitativos em saúde, na prática de enfermagem e nas equipes médicas de atenção básica, utilizando técnicas como a observação participante, as entrevistas em profundidade, os grupos focais ou as histórias de vida, que permitem melhor compreensão da realidade.¹³ A participação interdisciplinar de antropólogos, psicólogos, sociólogos, complementam a análise de situação de saúde e seus determinantes sociais e econômicos.

Sobre as salas de situação de saúde

A sala de situação de saúde é uma *ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para a tomada de decisões*. Uma ferramenta, posto que se trata de proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar a informação sanitária e vinculá-la à gestão de governo em saúde. Assim, a sala de situação de saúde apoia processos decisórios em duas direções: por um lado, serve ao gestor (geralmente um secretário municipal, estadual ou próprio Ministro da Saúde) para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; e por outro lado, subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e que culmina nas unidades básicas de saúde, onde se gera o dado primário. As decisões nesses espaços, traduzidas como reuniões de seguimento, tais como as de comitês de investigação de morte infantil e materna, por exemplo, são determinantes para o processo de gestão do dado, de informação em saúde, e permite um processo dinâmico de planejamento, intervenção e avaliação.

O conceito de *sala situacional* vem da obra de Carlos Matus,¹⁴ onde a sala faz referência a um espaço físico, onde um grupo de pessoas discute a situação, entendida como a explicação da realidade feita em função da interação de forças sociais vigentes dentro de um ambiente, de uma realidade social e geográfica. Isso significa que nela se desenvolve um *diagnóstico situacional* em saúde, com orientação ao passado, ao presente e ao futuro, para favorecer a tomada de decisões na busca de uma nova realidade ou de uma nova situação.

A Sala de Situação de Saúde tem sido definida como: um espaço físico (e virtual), onde uma equipe de trabalho analisa a informação sanitária para apoiar a gestão em saúde, tendo um papel transcendente durante contingências sanitárias. A equipe de trabalho elabora em primeiro lugar a análise de situação de saúde (ASIS) de uma população ou grupos de populações. A partir da apresentação e discussão da ASIS, se estabelecem prioridades de saúde, definidas nos planos de saúde e vinculadas a metas técnicas – políticas de nível local, nacional ou internacional – como os ODM. Definidas as prioridades, segue-se a identificação dos indicadores, de fontes de informação e da periodicidade de atualização, para apresentação e discussão na sala de situação, sob a forma de informes técnico-estratégicos, apoiados em gráficos, mapas e outros registros audiovisuais. Dessa forma, a sala de situação, sob a liderança do gestor, se converte em um espaço de interação da equipe, onde se tomam decisões baseadas em dados analisados que geram informação e conhecimento, em contextos sociais, econômicos, históricos, particulares dos grupos de população.

É desejável que a equipe de trabalho seja conformada por profissionais de várias disciplinas, que contribuam para a análise observando as tendências dos indicadores, suas diferenças comparativas entre unidades territoriais de saúde, entre grupos de população,

medindo as desigualdades e abordando-as segundo determinantes sociais, econômicos e culturais.

Definidas as prioridades, os indicadores e as fontes de informação, a sala de situação de saúde pode ser incrementada com o uso de novas tecnologias e programas informatizados que acessem as fontes de informação, atualizem os indicadores e os apresentem em gráficos de tendências e mapas, em uma plataforma virtual. Isso favorece o seguimento dos indicadores e a reação da equipe, quando a tendência do indicador se desvie do esperado*.

O conceito de sala não se limita apenas a um espaço físico, já que o acesso, análise, intercâmbio e difusão de informação também podem se realizar de maneira virtual, com a vantagem de acesso e difusão de informação em tempo real. As tecnologias de informação e comunicação nos permitem o diálogo e interação entre pessoas e instituições, através do uso do *e-mail* e de comunicações síncronas como as videoconferências, ou o Elluminate, que permitem acompanhar por *salas-espelho*, os debates e decisões que se tomam na sala de situação de saúde.

Pode-se também elaborar uma plataforma virtual da sala de situação de saúde, que se converta em um espaço de armazenamento de informação e que disponibilize todos os produtos elaborados pelas equipes de trabalho. Essa plataforma virtual pode ser de acesso restrito (intranet) para a equipe de gestão de uma instituição de saúde, por exemplo, ou aberto para o público, desde uma página *web* na Internet. Esse é o caso da Sala de Situação de Saúde do Ministério de Saúde do Brasil, que difunde informação gerencial para favorecer a gestão do SUS até a esfera municipal.¹⁵

Durante uma emergência sanitária, a equipe da sala de situação entra em sessão permanente para analisar a natureza do evento, a sua magnitude, os possíveis cenários e mudanças no ambiente, e as condições de vida da população que produzam riscos à saúde, em função da sua vulnerabilidade social dos segmentos afetados. Deve-se definir as necessidades de informação e de resposta institucional. A equipe da “*sala de crises*” analisa informação de diversos setores, define prioridades e organiza os grupos para estabelecer um processo dinâmico de busca do dado, de análise e de informação para a tomada de decisões oportunas e estratégicas, que protejam a saúde das populações. Muitas das experiências das salas de situação nas Américas foram realizadas sob situações de contingência, como surtos ou epidemias, ou depois de desastres naturais como inundações, deslizamentos e terremotos, ou por conflitos armados com o consequente deslocamento de milhares de pessoas.

* Essa é a experiência do Painel de Monitoramento de Situação de Saúde e de Atuação dos Serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e que se apresenta nesse livro.

Não poderemos ter uma definição consensual e adotada por todos os países sobre as Salas de Situação de Saúde, pois elas são construídas segundo prioridades técnicas ou políticas definidas pela equipe de gestão. Por essa razão, observamos uma grande diversidade de aplicações e usos das salas de situação que enriquecem e legitimam a ferramenta. Algumas dessas SDSS tomam dados para obter informação sobre características sociais, demográficas, econômicas e epidemiológicas que permita a análise de tendência das desigualdades em saúde; ou aquelas que se organizam para monitorar os riscos e emergências em saúde orientadas a trabalhar sob condições contingenciais. Outras estão orientadas à análise e tomada de decisões sobre temas variados e outras são exclusivas para um só problema de saúde. Apresentamos as definições sobre as salas de situação de saúde de Cuba, Brasil e Peru, durante a reunião de diretores de epidemiologia das Américas, realizada no ano 2002 em Brasília.

O Brasil define as SDSS como um espaço físico e virtual onde os dados de saúde e doença, referentes a um determinado espaço geográfico com uma população definida (país, estado, município, distrito sanitário e até a área de abrangência de uma equipe de Saúde da Família), em um período de tempo especificado, são apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. Associando-se as ocorrências aos fatores sociais, econômicos e demográficos, o que proporciona uma visão global das condições de saúde de cada comunidade, essencial para o processo de gestão.¹⁶

Cuba, por sua vez, as define como unidades de inteligência epidemiológica de visão integral e intersetorial que, partindo de análises e avaliações sistemáticas permanentes da situação de saúde atual e prospectiva, atuam como instância integradora da informação gerada pela vigilância em saúde pública nas diferentes áreas e níveis. Assim, a sala constitui um órgão de assessoria direta capaz de aportar informação oportuna e relevante para apoiar, a partir de referências técnico-científicas, o processo de tomada de decisões, e que participa do estabelecimento de propostas alternativas de intervenção a curto e médio prazo e de sua avaliação.¹⁷

O Peru define como um espaço físico e lógico de análises e de difusão da informação sanitária processada de diversas fontes, que se orienta a fortalecer o processo institucional de tomada de decisões no setor, como parte de seu papel de governo, favorecendo a coordenação entre as unidades de direção em nível central e regional.¹⁸

Sobre os observatórios de saúde

Cada vez são mais frequentes os “Observatórios de Saúde” (OSP) que têm como objetivo usar e analisar informação para favorecer as políticas e programas de saúde. Segundo dicionário da língua portuguesa ¹⁹, observatório é um lugar de onde se observa qualquer coisa. Portanto um espaço que não se destina a fazer intervenções em saúde, e essa parece ser a principal diferença entre ‘observatórios’ e ‘salas de situação’. Por serem institu-

cionais, as salas têm por finalidade realizar ações que modifiquem a situação de saúde. Vejamos alguns exemplos de observatórios no mundo.

O Observatório Regional de Saúde (ORS) em Paris, França, foi criado em 1974, como um organismo de estudo com o objetivo de ajudar a tomada de decisões no campo sanitário e social, oferecendo informações úteis e sintéticas sobre o estado de saúde da população, para a elaboração de políticas de saúde.²⁰ O ORS depende da prefeitura que garante financeiramente a existência dos observatórios para sua continuidade e independência, pois ali confluem profissionais de distintas disciplinas que analisam as informações do setor social, produzem documentos analíticos para a utilização dos gestores em saúde. A importância dessa experiência permitiu em 1988 a criação da Federação Nacional de Observatórios Regionais de Saúde, na França (FNORS)²¹.

O Observatório de Saúde Pública da Universidade de Liverpool foi criado em 1990 com o propósito de analisar, sintetizar e interpretar informação relevante em saúde que possa influenciar as políticas de saúde, sejam essas do setor público, privado ou voluntário. Considera também a complementação de informação sanitária, através de pesquisas ou investigações usando métodos epidemiológicos e das ciências sociais. Com tudo isto se provê “inteligência sanitária” que é disseminada por relatórios, publicações científicas, livros, revistas, folhetos e outros materiais e formas de comunicação, que inclui as capacitações por cursos e seminários.²²

Por sua localização externa às instituições de saúde responsáveis pela execução de programas e políticas de saúde, os observatórios de saúde se transformam em espaços de exercício do controle social, vigilância cidadã dos direitos humanos e da saúde; dentro dos processos de descentralização da saúde e participação comunitária. Nesse sentido, muitos dos observatórios de saúde são interinstitucionais, participam em redes sociais e virtuais onde difundem dados e informação sobre a situação de saúde e o seguimento de políticas e programas de saúde, especialmente para grupos de população com maior vulnerabilidade social: indígenas, pobres, anciãos, mulheres e crianças, entre outros.^{23 24}

No Brasil em 1996, foi criada pelo Ministério de Saúde e a OPAS a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), que congrega 30 instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde.²⁵ Desde sua criação, a RIPSA produz e divulga amplamente um conjunto de indicadores básicos, desagregados por unidades subnacionais, além de um livro no qual todos os indicadores têm uma ficha técnica, com a descrição, definição, interpretação, usos e limitações.²⁶

A RIPSA é coordenada pelo Ministério, mas é composta por diversas instituições de saúde e de outros setores que produzem dados e informações sociais no Brasil. A RIPSA atua segundo o princípio de rede, onde as decisões e os produtos são aprovados por con-

senso durante as duas reuniões anuais, além das reuniões mensais da secretaria técnica para fazer seguimento aos diversos grupos de trabalho. A metodologia RIPSA está sendo difundida nos estados, pois tem um reconhecimento nacional como espaço de trabalho interinstitucional para aprimorar a qualidade dos dados, a análise e seu vínculo com a gestão em saúde. Ainda que a RIPSA não seja um observatório nem uma sala de situação de saúde, é uma experiência única no Brasil que merece ser destacada.

Sobre as Salas de Situação de Saúde, o conceito de inteligência epidemiológica e os centros operacionais emergências

No presente artigo nos ocupamos das Salas de Situação de Saúde, destacando seu vínculo com diferentes sistemas de informação e vigilância epidemiológica, bem como pesquisas com os quais a ASIS é realizada, para apoiar na definição de prioridades e políticas em saúde e do seguimento das metas e dos objetivos em saúde. As salas de situação contribuem também para melhorar a qualidade, cobertura e oportunidade dos sistemas de informação, gera um conjunto de dados e indicadores básicos, melhora as capacidades analíticas da equipe de trabalho, e apoia a produção e difusão de diversos documentos, como informes técnicos ou planos de saúde. A equipe de trabalho da sala de situação compartilha informação e gera conhecimento da realidade sanitária, que é divulgada por diversos meios e materiais aos profissionais da saúde, às diversas instituições nacionais e internacionais e ao público geral.

O conceito de inteligência epidemiológica é definido como a capacidade de detecção e resposta às urgências em saúde em uma determinada região ou país. Urgências vinculadas ao surgimento de um surto ou de uma epidemia da natureza infecciosa que ponha em risco a saúde das populações. Urgências como consequência das mudanças climáticas ou de desastres naturais que modifiquem o ambiente e gerem novos riscos pelo deslocamento de vetores ou de populações. Urgências relacionadas ao intercâmbio comercial de alimentos e aos movimentos intensos de pessoas pelo turismo ou as migrações. Urgências relacionadas a conflitos armados, religiosos, políticos que possam empregar armas biológicas, por exemplo. O conceito está ligado ao da vigilância epidemiológica, mas utiliza, na prática, outras fontes de informação como as que circulam pela mídia, por redes virtuais de instituições ou nas comunidades de prática. Vale dizer que dispõe de um conjunto de fontes de informação, inclusive de rumores, para poder investigar, analisar os dados e prover informação inteligente para a prevenção em saúde e a segurança nacional.

É sob essa perspectiva que foram criados o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância da Saúde (CIEVS) do Ministério da Saúde do Brasil e a Unidade de Inteligência para Emergências em Saúde (UIES) da Secretaria da Saúde do México. Ambas funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, monitorando a rede nacional de vigilância epidemiológica, a imprensa, o rádio e a TV. Ambas fazem parte da direção

nacional de epidemiologia, contam com profissionais do programa de formação em epidemiologia aplicada, coordenam informações estratégicas com a rede nacional de laboratórios de saúde pública, com outras áreas do Ministério de Saúde e outras instituições, como a defesa civil, o serviço de meteorologia, como exemplos. Têm linhas telefônicas sem custo e endereços eletrônicos para garantir a comunicação com o público geral. Nestes espaços se encontram os Centros Nacionais de Enlace (CNE) que interagem com seus similares dos demais países e da OPAS/OMS para informar e intercambiar dados no marco da aplicação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005) que entrou em vigência 2007. Ambos contam com Salas de Situação de Saúde, como espaço deliberante de intercâmbio de informações e tomada de decisões. Costuma-se chamar também como ‘salas de crise’, diante dos momentos críticos das urgências sanitárias.

Em situações de urgências sanitárias, a sala de crise se pode transformar no Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE), que sob a liderança do Ministério da Saúde, integra todos os níveis políticos e técnicos das instituições do setor a fim de enfrentar os efeitos sanitários do evento adverso. O COE – Saúde coordena com o COE multisetorial, o qual é liderado pelo organismo nacional responsável pela resposta diante de urgências e desastres e que usualmente recai nos escritórios de Defesa Nacional. COE é definido como: espaço físico onde são realizados o planejamento, organização, direção, coordenação, avaliação e controle integral das atividades de resposta diante de eventos adversos. É o lugar onde se reúne o Comitê de Emergência para tomar decisões. Tem caráter intersetorial e de máxima instância técnico-política para a tomada de decisões em situações de urgência.²⁷

Comentários finais

A Organização Pan-Americana da Saúde promove a melhoria dos sistemas de informação sanitária, com os quais se obtém dados de qualidade, que permitam medir as condições de saúde das populações. Fazem parte das primeiras funções essenciais de saúde pública que competem ao Estado²⁸. Assim, as Salas de Situação de Saúde (observatórios ou painéis de saúde) elaboram informações para serem difundidas e gerarem conhecimentos que apoiem o processo de gestão de governo em saúde, assim como o desenvolvimento de uma cultura de uso da informação sanitária.

As salas de situação de saúde estão sendo muito utilizadas nos países das Américas e do Caribe, dentro das direções de epidemiologia dos ministérios de Saúde. Destaquemos os usos dados no Brasil, no marco da democratização e controle social e participação comunitária nos processos de decisão em saúde; o seguimento da situação de saúde e condições de vida, assim como o apoio à planificação e à gestão de recursos, que todos os países reconhecem nessa ferramenta. Tem sido útil para orientar a inversão de recursos e a definição de necessidades de investimento, como sinalizou Honduras; ou como espaço para organizar a resposta em saúde diante de peregrinações e migrações laborais

cíclicas da população, como foi mencionado pela Guatemala. Mas, acima de tudo, tem sido mencionada a sua utilidade diante de situações de contingências sanitárias como os deslizamentos no litoral venezuelano no ano de 1999, as inundações na Argentina, terremotos no Peru e Haiti e diante de epidemias como a nova influenza A H1N1 no México. Situações em que a informação em saúde e a difusão da mesma na mídia e ao público em geral, reforçam a autoridade e legitima o papel de governo em saúde.

Bibliografia

1. Bueno, H. Utilização da Sala de Situação de Saúde no Distrito Federal. Brasília: FEPCS; 2005.
2. Montiel, H. Ideas básicas para el montaje de salas de situaciones en los SILAIS. Nicaragua, OPS/OMS; 1995.
3. As apresentações dessa reunião podem ser acessadas no seguinte endereço eletrônico: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/index.htm>.
4. Organización Panamericana de la Salud. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI). OMS; 2005. [Acesso em 5 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/ee-ihrs.htm>.
5. As apresentações dessa reunião e demais documentos podem ser acessadas no seguinte endereço eletrônico: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=324&Itemid=440.
6. Organización Panamericana de la Salud. Usos y perspectivas de la epidemiología: documentos del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires (Argentina), 7-10 de noviembre de 1983. Buenos Aires, Noviembre 1983. Washington: OPS; 1984. [Acesso em 5 mar. 2010]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/paho/1984/PAHO_PNSP_84-47.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud. El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: OPS; 1988. (Publicación Científica, 505)
8. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de las Enfermedades (MOPECE). Washington: OPS; 2001.
9. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2009. OPS. [Acesso em 5 mar. 2010]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=220&Itemid=317.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde. [Acesso em 5 mar. 2010]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
11. Almeida Filho, N. Introdução a Epidemiologia. 4.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 209.

12. Minayo, MCS. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
13. Mercado Martínez, FJ *et al.* Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica. México, D.F.: Plaza y Valdés; 2000.
14. Carlos Matus. Planejamento de situações: política e plano. CEPAL; 1985.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Situação de Saúde. [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: www.saude.gov.br/saladesituacao
16. Apresentação do MS do Brasil na reunião dos diretores de epidemiologia nas Américas. Brasília: OPAS; 2002.
17. Apresentação do MS do Cuba na reunião dos diretores de epidemiologia nas Américas. Brasília: OPAS; 2002.
18. Apresentação do MS do Peru na reunião dos diretores de epidemiologia nas Américas. Brasília: OPAS; 2002.
19. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Versão 2001.
20. Préfecture de la région Ile-de-France. Observatoire régional de santé (ORS). [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ors-idf.org>.
21. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS). [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.fnors.org/index.htm>.
22. The University of Liverpool, Faculty of Medicine. Liverpool Public Health Observatory – LPHO. [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.liv.ac.uk/PublicHealth/obs/root/liverpool%20public%20health%20observatory/home%20page/index.htm>.
23. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Observatorio de la Salud. [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://observatorio.cies.org.pe/>.
24. Observatorio de Salud Pública de Santander. [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>.
25. Rede Interinstitucional de Informações para a Saúde (RIPSA). [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>.
26. Rede Interinstitucional de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2 ed. Brasília: OPAS; 2008. [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>.
27. Ugarte, C. Centros Operacionales de Emergencia. [Acesso em 6 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/documentos/presentaciones/julio%2024/centro.pdf>.
28. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). [Acesso em 9 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm>.

Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil

*Helvécio Bueno**

Sala de Situação em Saúde (SDSS) pode ser definida como um conjunto de planilhas e gráficos alimentados por um aplicativo no qual as informações de diferentes fontes e características são integradas, permitindo conhecer a situação de saúde, o perfil de necessidades, da demanda e da oferta de serviços de saúde e a resposta institucional em um espaço-população definido, que pode ser a abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um distrito sanitário, um município, um estado ou até um país. A construção de uma SDSS pressupõe a integração dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

O conceito de Sala de Situação surgiu no campo militar, com a finalidade de monitorar situações de perigo, em que o tempo é uma variável fundamental, sendo por isso também chamada de *Sala de Guerra*.

As primeiras referências conhecidas relativas à aplicação de tal conceito na gestão governamental são de Carlos Matus, pensador em planejamento social vinculado à Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), que publicou os primeiros estudos utilizando o conceito de salas de situações no planejamento e acompanhamento de ações governamentais.

No Brasil, a primeira experiência concreta aconteceu em 1994, na gestão do Ministro Henrique Santillo, quando foi criada no Ministério da Saúde a Assessoria Técnico-GERencial – ATG. Seu objetivo era concentrar dados por meio de sistemas informatizados e disponibilizá-los em painéis e gráficos em local de acesso público. Nesse mesmo ano começou, efetivamente, o processo de descentralização do SUS com a aplicação da Norma Operacional Básica de 1993 – NOB93. Por solicitação do Ministério da Saúde, para apoiar as secretarias municipais no processo de municipalização da saúde, o escritório de Recife do UNICEF, elaborou conjuntos de sete painéis, que no início do segundo semestre de 1994, foram distribuídos para as secretarias de saúde de todos os municípios de Alagoas, Paraíba e Pernambuco. As primeiras Salas de Situação municipais foram

* Médico sanitário e Mestre em Saúde Coletiva. Responsável pela implantação do planejamento estratégico e sala de situação e informatização das unidades de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. É também Subsecretário de Programação, Regulação, Controle e Avaliação (SUPRAC) daquela Secretaria. Contato: helvecio@terra.com.br.

inauguradas em Campina Grande – Paraíba e Petrolina – Pernambuco em dezembro de 1994.

Em 1997, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), criada e coordenada pelo Ministério da Saúde e pela OPAS/OMS, reformulou o primeiro projeto da Sala de Situação. Isto foi feito por meio de um comitê temático específico, do qual participaram representantes dos secretários de saúde, de universidades e das principais instituições envolvidas. Entre as mudanças, destaca-se a ampliação do número de planilhas de sete para treze, e a criação de dez conjuntos de gráficos: um para cada planilha numérica.

Dentre os fatores que possibilitaram o avanço da Sala de Situação, destacamos a coordenação do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde (SPS/MS) e o apoio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para automatização do cálculo de indicadores, utilizando o programa Microsoft Excel. A Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) contribuiu para sua disseminação participando, com a SPS/MS, de oficinas estaduais de implantação da Sala de Situação.

Até 1999 esse trabalho chegou a ser realizado em 11 dos 27 estados brasileiros, com mais de 200 Salas de Situação implantadas. Os estados que mais avançaram foram: Goiás, Paraná e Pará, além do Distrito Federal.

Ressaltamos que, no estado do Paraná, o “piloto” realizado em Foz do Iguaçu contou com a participação de técnicos dos Ministérios da Saúde da Argentina, Paraguai e Uruguai, que vieram conhecer o instrumento e avaliar a possibilidade de sua aplicação. Nessa etapa, destacaram-se outras experiências municipais, como as de Aparecida de Goiânia (GO); Caracará (RR); Mateus Leme (MG); Jequié, Caculé e Feira de Santana, essas últimas no estado da Bahia. Foi criada também a primeira SDSS estadual, em Goiás (1998).

Nessa época pensava-se que a disponibilização dos dados, informações e gráficos da Sala de Situação, de forma padronizada, através das *homepages* municipais permitiria, no futuro, a consolidação de suas informações conforme a necessidade ou interesse de cada usuário, ou seja, agregar os dados dos municípios de determinada região geográfica, ou que apresentem a ocorrência de determinado agravo, ou qualquer outro critério, não estando restrito à regionalização hoje existente.

O primeiro município a colocar a Sala de Situação em sua *homepage* foi o município de Caruaru, no estado de Pernambuco.

Nos anos de 1999 a 2001, após mais uma mudança de Ministro da Saúde e a extinção do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde, o Ministério da Saúde abandonou a continuidade dessas atividades, porém, na RIPSA o Comitê Temático Interdisciplinar sobre Sala de Situação continuou suas atividades, que consistiram em novas revisões e

atualizações de conteúdo e, principalmente, a continuidade do processo de informatização, agora, com a criação do chamado “gerente da sala de situação”, programa que possibilitou a captura dos dados, diretamente dos Sistemas de Informação em Saúde de Base Nacional, e a automatização do preenchimento das planilhas e gráficos. Nesse período foram realizadas algumas aplicações (piloto) desse novo instrumento nos estados de Goiás e Ceará.

No início de 2002, uma versão beta da sala de situação foi disponibilizada para alguns interlocutores, com os quais foi possível ter a experimentação necessária para a consolidação da versão 1.0. Essa versão, que teve uma tiragem de 6.000 cópias em CD-ROM, foi lançada pelo CENEPI e OPAS/OMS no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em julho de 2002, na cidade de Blumenau – SC e, posteriormente, distribuída pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para todas as secretarias municipais do país.

Ainda em 2002, o Ministério da Saúde, por meio do CENEPI, cujo diretor coordenou a Secretaria Técnica da RIPSa, retomou o processo de implantação da nova Sala de Situação que, até o final daquele ano, foi realizado em cinco estados brasileiros. Também, por iniciativa do CENEPI, foi constituído um Grupo de Trabalho para a revisão da versão 1.0 da Sala de Situação, a qual, tendo recebido financiamento da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, incorporou a capacidade de captura automática para a construção de Salas de Situação Regionais e Estaduais. Assim, graças ao esforço e dedicação dos componentes desse grupo, em um mesmo instrumento, e já aperfeiçoado, passamos a ter a possibilidade de executar, automaticamente, o preenchimento de Salas de Situação municipais, regionais e estaduais.

A última atualização da SDSS, necessária devido às mudanças em alguns SIS de base nacional, ocorreu em novembro de 2005, com o apoio da SES/DF.

No processo de construção das Salas de Situação no Brasil devem ser assinalados os seguintes marcos:

- 1) Definição das fontes de informações em sistemas de base nacional e internet (dados populacionais).
- 2) Estabelecimento de parâmetros de comparação, mediante Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS 1.101, de 12/06/2002).
- 3) Aplicação de uma classificação em três categorias de risco, expressas por cores (verde, amarelo, vermelho), conforme o grau de afastamento do parâmetro considerado como adequado.

Entre os pontos positivos observados, podem ser destacados: a utilização de bases de dados locais atualizadas; a captura automática de dados; a integração dos principais sis-

temas de informação no país; a construção de indicadores e sua classificação por comparação com parâmetros; a possibilidade de se apresentar julgamento conclusivo sobre as informações armazenadas; a flexibilidade conferida pela planilha Excel e, a construção participativa no âmbito da RIPSA.

Apesar de suas potencialidades, o trabalho com SDSS também apresenta consideráveis limitações, por exemplo, a completude e fidelidade dos registros referentes às próprias bases de dados utilizadas, à mobilidade da população de abrangência, ao uso de indicadores baseados em pequenos números e às dificuldades de atualização dos parâmetros. Quanto à qualidade das informações, faz-se ainda necessária a realização de um trabalho visando a conscientização e o consequente compromisso do profissional de saúde com o registro de suas atividades diárias.

Assim, pode-se dizer que a utilização da SDSS RIPSA, além de oferecer diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, possibilita a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades detectadas, fomentando a melhoria dos sistemas de informações em saúde e permitindo observar os resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde.

Em termos de perspectivas futuras, a expectativa é de que sejam incluídos todos os indicadores do Pacto pela Saúde e da Programação Pactuada Integrada (PPI), que haja atualização *just in time*, conforme as modificações dos SIS, e que as SDSS de fato possam atender às demandas dos gestores, coordenadores, gerentes, profissionais e conselheiros de saúde.

A experiência da Sala de Situação em Saúde no Ministério da Saúde

*José Rivaldo França**

O modelo atual da Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde foi instituído em 2006, sendo formado um comitê com representantes de diversas áreas técnicas, composto por representantes de órgãos e entidades do MS responsáveis pelas intervenções em saúde de maior relevância. Tem por finalidade acompanhar e validar o conjunto das informações e análises disponibilizadas. Trata-se de uma experiência rica e importante na qual a informação assume um papel fundamental de realimentação no processo de gestão e planejamento em saúde.

A Sala de Situação em Saúde é instrumento informatizado, de captura e tratamento de dados, disponibilizados via *web*, cuja coordenação está a cargo da Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde.

É preciso ressaltar que no MS existem cerca de 300 a 400 sistemas de informação, nem sempre voltados para o usuário comum, o que dificulta o acesso pelo gestor. Desses, 13 caracterizam as principais linhas de atuação do SUS (a maioria são sistemas gerenciais) e compõem o acervo de informações disponibilizado por essa ferramenta de acesso. A Sala de Situação em Saúde tem o propósito de tornar a informação mais palatável, gerando canais de informação que caracterizam as linhas de atuação de forma contínua e sustentável, pois uma característica marcante das informações em saúde é serem variáveis e mutáveis com a linha do tempo. A Sala de Situação tem um papel fundamental nesse contexto, pois permite a geração de dados de forma rápida e a síntese das informações presentes em muitos sistemas de informação do MS.

Com as informações fornecidas pela Sala, dirigentes, gestores e técnicos poderão ter mais facilidade e agilidade na tomada de decisões estratégicas e eficientes na área da saúde.

* Graduado em Ciências Econômicas é Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Atualmente é economista/analista do Governo do Distrito Federal Secretaria de Gestão Administrativa cedido ao Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Gestão Pública, com ênfase em Política e Planejamento Governamentais. Contato: jose.rivaldo@saude.gov.br

O objetivo geral da Sala de Situação em Saúde é disponibilizar informações e tendências, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento bem como disseminar, de forma sistemática, informações em saúde no âmbito do SUS, desagregadas até os níveis de gestão municipal.

A Sala de Situação tem como objetivos específicos acompanhar os resultados dos compromissos políticos do Governo Federal para o setor saúde; acompanhar as prioridades definidas pelo MS, integradas sob a forma de pactos: pela vida, em defesa do SUS e de gestão; disponibilizar informações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e orçamentário-financeiras sobre ações de saúde, para subsidiar a atividade de planejamento, a tomada de decisão e a realização de inferências e projeções situacionais; permitir a avaliação das ações de saúde e possíveis correções de trajetória; e, possibilitar também a avaliação da alocação equitativa de recursos orçamentários bem como da implantação de novos modelos de distribuição.

A Sala é considerada extremamente importante, pois oportuniza ao gestor conhecer os vários “segmentos” do setor saúde, retroalimentando o processo de planejamento. Não é fácil para o gestor encontrar rapidamente, nos sistemas existentes, uma informação necessária. No próprio Ministério, todas as secretarias estão recorrendo à Sala, que possui informações capazes de gerar conhecimento sobre determinada situação (anterior, atual ou prospectiva). As informações possuem foco na base territorial municipal, que traz como primeira opção a capital do estado. Também podem ser obtidas consolidações estaduais, por regiões geográficas ou por regiões definidas como prioritárias nas Políticas de Saúde. Trata-se de uma iniciativa de sucesso, pois 44.000* acessos foram contabilizados sem que houvesse divulgação da iniciativa, o que mostra que a Sala está sendo utilizada com muita frequência.

No processo de êxito da Sala, importante se faz a qualidade dos dados capturados e disponibilizados. São coletadas informações dos dados orçamentários originários de várias fontes: Lei Orçamentária Anual (LOA); Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR); Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI); Sistema Gerencial do Fundo Nacional de Saúde; convênios próprios e emendas parlamentares – Gestão Financeira e de Convênios (GESCON); Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR); Sistema de Emendas; e, do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Obras Públicas (SISOBRAS).

* Os 44 mil acessos foram registrados entre janeiro e agosto de 2009, após a disponibilização na Internet. O lançamento oficial da sala só ocorreu em final de outubro quando foi iniciada a sua divulgação de forma mais intensa.

Em relação à estrutura ambulatorial, hospitalar e de profissionais de saúde, são utilizadas informações oriundas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); da produção ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH); dos indicadores epidemiológicos (SIM, SINASC, SINAN, SIS-PNI); dos indicadores sociodemográficos e econômicos (IBGE). Os dados econômicos de estados e municípios são provenientes da Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda e da execução física das ações da LOA PlanSUS.

A entrada de dados é feita de três formas: ferramenta de conexão, onde o próprio gestor do sistema permite a captura automática do dado; ferramenta de acesso em que a permissão é controlada pelo gestor do sistema; e, recebimento de planilhas eletrônicas, formato esse sujeito a críticas quanto à coerência e à consistência.

A Sala disponibiliza relatórios específicos e gerais. São considerados específicos os relatórios de convênios e emendas parlamentares por unidade federada; os relatórios de emendas por parlamentares em qualquer dos três últimos pleitos; os relatórios de uma ação de saúde específica; os relatórios socioeconômicos e territoriais de uma determinada unidade federada; os relatórios de monitoramento de um determinado indicador do Pacto; e os relatórios gerenciais de execução de uma determinada ação da LOA. Os relatórios gerais englobam os relatórios gerenciais da execução orçamentária e financeira do MS e o relatório gerencial com campos de livre escolha de qualquer informação de uma determinada unidade federada, entre outros.

A Sala de Situação é composta por quatro módulos: socioeconômico, ações em saúde, situação de saúde e gestão em saúde. Esses módulos consolidam informações socioeconômicas, demográficas, territoriais, políticos responsáveis pela atuação executiva em nível estadual e no Congresso Nacional, acompanhamento de metas físicas, coberturas e repasses financeiros referentes à atuação federal em saúde, além de indicadores epidemiológicos dos principais agravos, acompanhamento da tramitação de convênios no âmbito do Ministério da Saúde, pactuação da gestão descentralizada e infra-estrutura física e de recursos humanos disponibilizada pelo SUS*.

A Sala é um importante instrumento de gestão e planejamento.

As informações da Sala de Situação podem ser utilizadas para a elaboração do Plano de Saúde, pois permitem realizar a análise situacional das condições de saúde da população, por meio de informações da: vigilância em saúde (ações estratégicas, imunizações, controle de endemias); atenção básica (Saúde da Família, ACS, CEO); assistência ambulatorial especializada (humanização do parto, estabelecimentos/CNES); assistência

* Configuração atual da Sala de Situação.

hospitalar (estabelecimentos/CNES); assistência de urgência e emergência; e assistência farmacêutica.

Em relação à Programação Anual de Saúde (PAS), a Sala de Situação em Saúde pode fornecer subsídios para estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas (ações estratégicas – Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Aqui tem Farmácia Popular, Bolsa Família, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), humanização do parto e imunização); identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da programação (monitoramento dos Indicadores do Pacto pela Saúde); e, definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da programação (módulo orçamentário e financeiro – convênios, transferências fundo a fundo, blocos de financiamento).

No tocante ao Relatório Anual de Gestão (RAG), a Sala fornece informações voltadas para a definição das ações anuais contempladas ou não na PAS (ações em saúde – ações estratégicas, ACS, Aqui tem Farmácia Popular, Bolsa Família, CEO, humanização do parto e imunização); recursos orçamentários previstos e executados (módulo orçamentário e financeiro – convênios, transferências diretas fundo a fundo, blocos de financiamento); análise da execução da PAS, contemplando as ações, metas e explicitação dos resultados (ações em saúde – ações estratégicas, ACS, Aqui tem Farmácia Popular, Bolsa Família, CEO, humanização do parto e imunização); Módulo Pacto pela Saúde – monitoramento dos indicadores do Pacto; e, quadros com os elementos constitutivos do RAG – Anexo 2 (ações em saúde – ações estratégicas, ACS, Aqui tem Farmácia Popular, Bolsa Família, CEO, humanização do parto e imunização).

A Sala de Situação em Saúde no Ministério da Saúde tem sua localização disponível no portal de sua *web*, no endereço: <http://portal.saude.gov.br/saude> ou diretamente em www.saude.gov.br/saladesituacao.

Contatos: saladesituacao@saude.gov.br.



Nesses vinte anos do SUS, os esforços na gestão da informação ocorreram no sentido de buscar o consenso e estruturar sistemas, integrar dados, prover o acesso e promover a participação cidadã. Etapas foram vencidas e o sonho de integração em um sistema articulado e descentralizado, foi se delineando... A informação é o melhor instrumento para explicitar que o sonho não acabou; ele evoluiu na medida que dimensionamos melhor nossos compromissos e desafios daqui para frente. Fomentar estratégias de acesso aberto à informação científica e ao conhecimento na busca da equidade e pela superação das desigualdades é um sonho que está só começando.

*Paulo Gadelha**

* Presidente da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Pronunciamento realizado no 8o Congresso Regional de Informações em Ciências da Saúde – CRICS8, no Rio de Janeiro de 16 a 19 de setembro de 2008.

CAPÍTULO III: A Informação em Saúde no Processo de Gestão de Políticas de Saúde

Neste capítulo são abordados aspectos relacionados à informação em saúde e à gestão de políticas de saúde que obtiveram um foco especial de discussão durante a Oficina de Trabalho sobre Sala de Situação de Saúde. O painel teve a coordenação do Dr. Neilton Santana* que impulsionou um debate profícuo sobre o referido tema.

Para esse debate foram convidados quatro expositores. O Dr. João Baptista Risi Junior, da OPAS/OMS no Brasil, apresentou os alcances e perspectivas da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, rede esta que congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde. O Dr. Otaliba Libânio informou sobre a atuação do Departamento de Análise de Situação em Saúde do Ministério da Saúde (DASIS/SVS/MS), com destaque para os conteúdos mais relevantes da publicação *“Saúde Brasil”*, que em 2008 foi dedicada ao tema dos 20 anos do SUS. Essa publicação foi organizada em colaboração com outras instituições, como a OPAS/OMS, a Área de Medicina Social da UnB e o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

A experiência do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS) foi apresentada pelo Dr. George S. Dimech, que discorreu sobre os objetivos e estratégias do Centro, cujo foco principal é o monitoramento e a resposta às emergências, que inclui o impacto em saúde pública, o caráter de evento e o risco de propagação internacional. Ainda no contexto da atuação da SVS/MS, a Dra. Daniela Buosi expôs a experiência da Sala de Situação em Saúde e Ambiente, que tem como objetivo organizar a atuação do setor saúde em situações de emergência que afetem o meio ambiente, com repercussões na saúde pública.

* Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSA: alcance e perspectivas

*João Baptista Risi Junior **

A Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) é uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituída em 1996 com a finalidade de contribuir para o aprimoramento de informações destinadas a apoiar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal iniciativa foi motivada pela conhecida carência de informação sistematizada sobre a situação de saúde e suas tendências, o que dificulta uma visão integral e objetiva dos principais problemas enfrentados no processo decisório. Há abundância de dados e informações disponíveis, mas de difícil apropriação para fins gerenciais, por serem derivadas de múltiplas fontes desagregadas, cada qual com suas próprias especificidades e limitações.

Por sua complexidade intrínseca, o setor saúde não pode prescindir de informação estratégica que embase a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas. Ademais, as informações necessárias transcendem a produção própria do setor saúde, dada a importância dos fatores demográficos, sociais, econômicos e ambientais que determinam a situação de saúde da população. Impõem-se, portanto, ações intersetoriais que promovam a contínua sistematização e análise de dados, no âmbito de um processo de cooperação interinstitucional estável e participativo.

Por iniciativa do Ministério da Saúde, várias fontes de informação nacional têm sido desenvolvidas para fins específicos, por intermédio de grandes sistemas e da realização de inquéritos temáticos. Os resultados estão amplamente disponíveis na *web* e são cada vez mais utilizados na área acadêmica, estimulando profícua interação dos serviços com atividades de ensino e pesquisa. No plano extra-setorial, as principais fontes utilizadas em saúde são oriundas do IBGE, do IPEA e de setores governamentais específicos, entre eles os de previdência, educação, ambiente e trabalho. Outras fontes essenciais para a análise de saúde são as bases de informação científico-técnica, acessíveis por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) apoiada pela BIREME.

* Médico formado pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Vigilância Epidemiológica pelo Centers of Disease Control (CDC) dos Estados Unidos da América e Especialista em Cooperação Internacional pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Profissional Nacional da OPAS/OMS no Brasil sendo responsável pela cooperação técnica com o Ministério da Saúde para o desenvolvimento da RIPSA. Contato: risi@bra.ops-oms.org.

Um dos desafios críticos para o SUS é integrar as peças desse grande mosaico de iniciativas institucionais na área de informação, para extrair o máximo proveito dos dados produzidos e disponíveis. Há evidente necessidade de potencializar o emprego de recursos tecnológicos, de promover o uso de sistemas locais e de sistematizar a realização de inquéritos de base populacional. Esse último aspecto tem relevância crescente, entre outros fatores, pelas mudanças verificadas no perfil epidemiológico da população brasileira, vinculadas ao processo acelerado de transição da estrutura etária que vem gerando novas demandas para o setor.

O modelo de *Rede Interagencial* adotado na RIPSa contribui para o alcance desse objetivo, ao fortalecer a cooperação técnica entre instituições que lideram a produção, a análise e a disseminação de informações para a saúde no Brasil. Por princípio, a RIPSa não interfere na dinâmica gerencial das instituições participantes. Ao invés disso, promove deliberações por consenso, tomadas em fórum representativo e com caráter propositivo, a partir da adesão ao objetivo comum de aperfeiçoar a qualidade da informação disponível. A implementação das deliberações ocorre no âmbito de cada entidade componente, segundo suas atribuições institucionais e disposição técnico-política. Mecanismos de interação apropriados e estáveis asseguram a participação ativa das instituições. As atividades da Rede estão voltadas, primariamente, a apoiar a direção nacional do SUS, o que pressupõe a liderança do Ministério da Saúde na condução dos trabalhos. Os recursos para operação da Rede provêm do Ministério e são geridos pela OPAS, no âmbito de Termo de Cooperação específico.

Compõem a RIPSa cerca de 30 instituições, entre órgãos governamentais diversos e entidades acadêmicas e científicas, selecionadas por sua reconhecida contribuição aos propósitos da Rede. Todas estão representadas no fórum deliberativo da Rede, denominado *Oficina de Trabalho Interagencial (OTI)*, que se reúne a cada seis meses. A condução operativa do processo está a cargo de uma *Secretaria Técnica*, integrada por representantes do Ministério da saúde, da OPAS e do IBGE. Sete comitês técnicos estão dedicados permanentemente ao aperfeiçoamento de indicadores, enquanto outros, de caráter temporário e por demanda da OTI, analisam questões metodológicas aplicadas ao aprimoramento de informações em saúde.

O principal produto da RIPSa é o conjunto de Indicadores e Dados Básicos (IDB), anualmente revisado, atualizado e publicado em *site* próprio do DATASUS e em folheto impresso. Essa base de dados (<http://tabnet.datasus.gov.br>) oferece, aos usuários, indicadores calculados e qualificados, bem como orientações para uso. O IDB tem valor estratégico para a organização e manutenção dos trabalhos da Rede, por individualizar e especificar responsabilidades institucionais na produção dos indicadores e nas análises realizadas. Os conteúdos técnicos da base incluem fichas técnicas para cada indicador, em formato padronizado, e estão consolidados em publicação específica, de grande aplicação nos serviços e na academia. Outro valor agregado do IDB é a sua convergência

com a iniciativa internacional de Dados Básicos Regionais, implementada pela OPAS em cooperação com os países das Américas. A RIPSA desenvolveu, em conjunto com a BIREME, uma BVS temática específica, que disponibiliza informações completas sobre a Rede e a sua produção, além de vincular cada indicador à literatura científica correspondente.

A RIPSA pode ser acessada no seu endereço eletrônico: <http://www.ripsa.org.br>.

Em 2007, a RIPSA desencadeou um processo de cooperação com estados e municípios, que visa promover a metodologia de construção coletiva consolidada na esfera nacional, de forma a envolver instâncias descentralizadas de gestão do SUS na discussão sobre a qualificação da informação para a saúde. De comum acordo com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), estão sendo realizadas experiências-piloto nas cinco grandes regiões do país, especificamente nos estados de Tocantins, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul.

Em 2008, foi produzido o primeiro Informe de Situação e Tendências (IST), dando início a uma série de publicações visando analisar grandes temas estratégicos para a gestão da saúde, na perspectiva de suscitar debates e iniciativas em apoio à formulação e avaliação de políticas públicas. De forma sintética, cientificamente embasada e em linguagem acessível a não especialistas, o primeiro IST abordou o tema “Demografia e Saúde”, que discute a transição demográfica e os desafios para políticas de saúde nas próximas décadas. O segundo IST tratará do tema “Violência e Saúde”, também de grande significado atual para o SUS.

O tema desse Seminário – experiências de “Salas de Situação de Saúde” – apresenta grande afinidade com os propósitos da RIPSA, pela imperiosa necessidade de se desenvolver instrumentos metodológicos que facilitem o uso da informação no processo decisório em saúde. De fato a RIPSA apoiou, durante algum tempo, o desenvolvimento de uma “Sala de Situação de Saúde” voltada a subsidiar o debate sobre a gestão do SUS em âmbito municipal e estadual. A iniciativa se materializou na criação de um aplicativo que propicia a construção automática de indicadores a partir das bases de dados nacionais disponíveis nas três esferas de gestão, além de oferecer elementos para a interpretação e a avaliação crítica dos resultados obtidos, mediante confronto com parâmetros predefinidos. Essa experiência é apresentada em detalhe no presente Seminário, e poderá ser aperfeiçoada para uso mais extensivo.

Em conclusão, a RIPSA representa uma iniciativa que vem se consolidando no Brasil há mais de uma década, com reconhecimento crescente dos profissionais de saúde e das instituições interessadas em qualificar informações utilizadas na área de saúde. A continuidade do trabalho nesse período deve-se, principalmente, ao apoio político e financeiro do Ministério da Saúde, à legitimidade da OPAS para intermediar a coope-

ração interinstitucional na área de informação em saúde, e ao engajamento decisivo de representantes institucionais estáveis e qualificados, tanto de áreas técnicas do Governo quanto de entidades acadêmicas. Estabeleceu-se um ambiente de cooperação legitimado por processos de trabalho definidos, bem documentados e transparentes, pautados em decisões colegiadas que respeitam a autonomia institucional, resultando produtos de grande aceitação.

Em função do interesse nacional e internacional que tem despertado, a RIPSA promoveu a elaboração de materiais destinados a facilitar o conhecimento e a compreensão da experiência. Destacam-se a BVS-RIPSA, folhetos institucionais, vídeos e um livro ainda em fase de elaboração, todos eles com versão em espanhol, concluída ou em processo. Também têm sido promovidas apresentações e debates sobre ações da RIPSA em eventos nacionais e internacionais de saúde.

Mantém-se em perspectiva a pretensão de que metodologia RIPSA venha a ser efetivamente apropriada pelos gestores do SUS, e utilizada como instrumento de apoio a iniciativas promotoras da integralidade de ações institucionais na área de informação. A potencialização dos recursos e dos esforços que vêm sendo empreendidos nessa área, em conformidade com a aprovação de uma política nacional específica, que priorize o desenvolvimento de ações estratégicas para aperfeiçoamento do SUS, contribuirá decisivamente para fortalecer a liderança do setor e a viabilização de meios condizentes com as necessidades da gestão.

Contribuição do DASIS-SVS para a capacitação do SUS para a produção de análises de Situação de Saúde

*Otaliba Libânio de Moraes Neto **

*Juan Cortez Escalante ***

*Walter Massa Ramalho ****

O Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) tem como um dos seus propósitos a produção de análises de situação de saúde como subsídios para a formulação e implementação de políticas, ações e programas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O referencial utilizado é o da Organização Pan-Americana da Saúde que define Análise de Situação de Saúde como processos analíticos e sintéticos que incluem diversos tipos de análises e permitem caracterizar, medir, e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e problemas de saúde, assim como seus determinantes, sejam esses competência do setor saúde ou de outros setores. Dentro dessa concepção, a análise de situação de saúde está voltada para a determinação de tendências, para a definição do quanto pode ser atribuível aos diversos determinantes dos processos saúde doença, identificando necessidades de saúde insatisfeitas, definindo prioridades para intervenção, formulando estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde. Desse modo podemos prever cenários futuros que orientem os tomadores de decisão, possibilitando conhecer as desigualdades entre grupos populacionais e para a avaliação de Serviços de Saúde e de efetividade e impacto sanitário das intervenções. (Pan American Health Organization, 1999).

A produção das análises de situação de saúde no âmbito do DASIS privilegia como fonte de informações as bases de dados dos grandes sistemas de informações nacionais gerenciados pelo Ministério da Saúde em parceria com os estados e municípios. Entre esses sistemas destacam-se: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de informação de Agravos (SINAN),

* Médico, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professor Adjunto do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública-UFMG. Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Contato: otaliba.morais@saude.gov.br.

** Médico, Doutor em Medicina Tropical pela UnB. Coordenador da área de análise do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Contato: juan.cortez@saude.gov.br.

*** Médico Veterinário. Mestre em Vigilância em Saúde pela UFBA. Coordenador da área de Geoprocessamento do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Contato: walter.ramalho@saude.gov.br.

Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações sobre Procedimentos de Alto Custo (APAC). Outras fontes de informações que vêm sendo estruturadas no âmbito do MS são os inquéritos de base populacional sobre fatores de risco e proteção para doenças crônicas tais como o Sistema de Vigilância de fatores de risco por entrevistas telefônicas (VIGITEL) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), bem como as pesquisas nacionais produzidas pelo IBGE, como as Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílio (PNAD) e seus suplementos especiais.

Para aprimorar os processos de análise de situação de saúde, um dos principais pré-requisitos é a utilização de fontes de informações cada vez mais oportunas e com qualidade. Dentro dessa preocupação, o DASIS tem priorizado o aprimoramento dos sistemas de informações com ênfase no SIM e SINASC.

O SIM foi implantado em 1976 no Brasil e vem sendo aprimorado no decorrer desse período. É um sistema informatizado produzido pelo MS e distribuído para os estados e municípios para implantação e operação local. Os municípios são os principais produtores e alimentadores das informações de mortalidade. Oitenta e nove por cento dos registros de óbitos coletados pelo SIM no Brasil são processados no nível municipal e em várias Unidades Federadas (UF) eles atingem 100% dos registros.

O documento fonte do SIM é a declaração de óbito que é preenchida por profissional médico que trabalha nos serviços de saúde e que atestam as causas do óbito. A declaração de óbito segue um padrão internacional de atestado de óbito que possibilita a aplicação das regras de codificação de causa básica de morte de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10ª revisão).

O MS vem trabalhando intensamente no aprimoramento do SIM focando no aumento da cobertura e da qualidade das informações com foco nas informações sobre causa de morte. O esforço mais recente ocorreu a partir de 2005, com o projeto de aprimoramento das informações de mortalidade nas regiões Norte e Nordeste do país, regiões essas com maior deficiência da cobertura e qualidade do SIM.

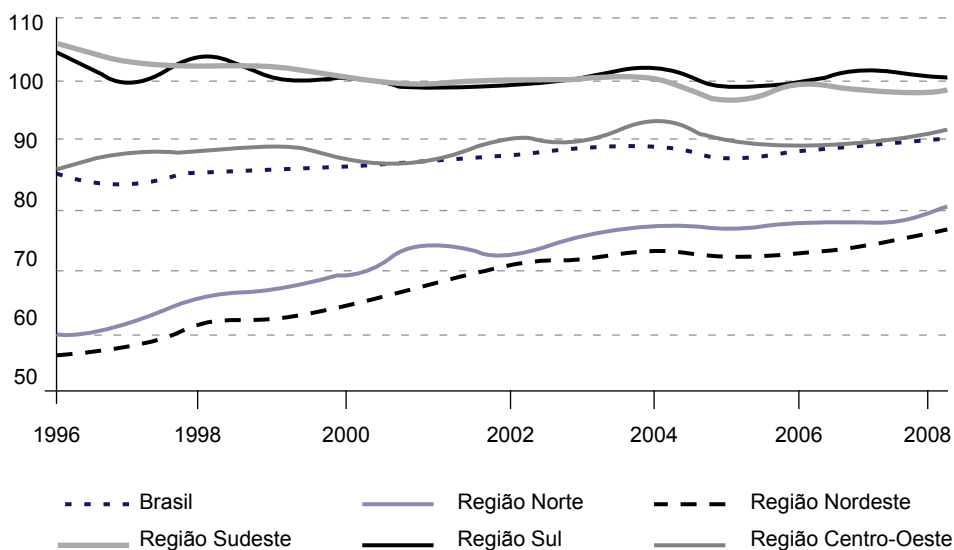
As principais ações desencadeadas para o aprimoramento das informações de mortalidade são: o aprimoramento do aplicativo do SIM, o aumento de cobertura do sistema e a redução do percentual de óbitos com causa mal definida (capítulo XVIII do CID-10).

Com relação ao aprimoramento dos marcos legais do SIM, destacam-se a definição de normativas para o SIM, como por exemplo, a Portaria 116, de fevereiro de 2009, que define atribuições dos profissionais de saúde; institui a regularidade no envio de dados, baseado no volume de óbitos e nascimentos esperados; e define atribuições e fluxos para as secretarias estaduais e municipais e para áreas e territórios indígenas.

Com relação ao aprimoramento do aplicativo do SIM se ressaltam: a implementação de gerenciadores de bancos de dados com mais recursos tecnológicos; maior segurança na transferências de dados – encriptação; revisão da declaração de óbito; revisão das tabelas de decisão do aplicativo seletor de causa básica (SCB) para a CID-10; e, o desenvolvimento do Sistema em plataforma *web* que possibilitam a retroalimentação de registros por residência ou por ocorrência, a codificação de causas de mortalidade para localidades sem codificadores, a entrada de resultados das investigações de óbitos (maternos, infantis, e fetais), a atualização de tabelas básicas (estabelecimentos de saúde, regionais de saúde, cartórios, conselhos de profissionais médicos) e o *backup* centralizado das informações alimentadas por estados e municípios.

As ações voltada para o aumento da cobertura do SIM concentram-se nas regiões Norte e Nordeste do país e as principais ações são: a identificação e georreferenciamento dos cemitérios não oficiais e o projeto busca ativa de óbitos e nascimentos nas duas regiões a partir de busca de óbitos em várias fontes: cartórios, hospitais, cemitérios, domicílios, etc.

Figura 1 – Evolução da cobertura do SIM por regiões, 1996 – 2008

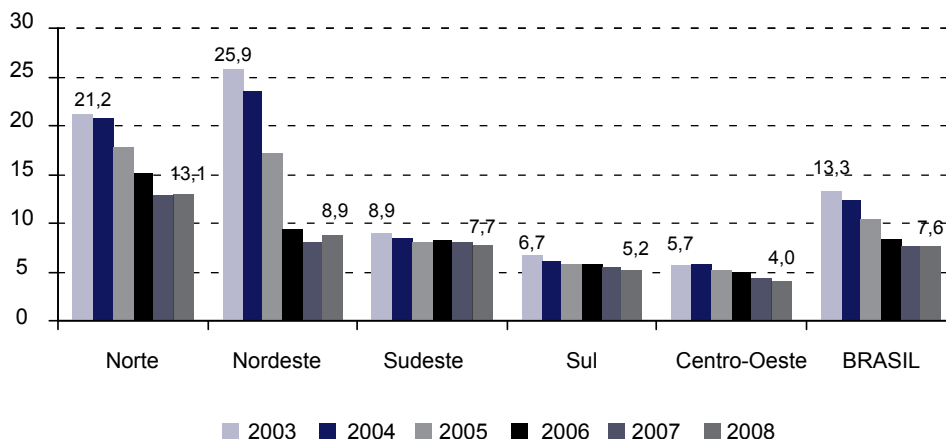


Como resultados já alcançados ressaltam-se que, para o Brasil como um todo, a cobertura do SIM aumentou de 84%, em 2002 para 90% em 2008. Com relação às regiões prioritárias das ações, a Região Norte aumentou de 72 para 79,6% e a Região Nordeste de 66 para 76%, em 2002 e 2008, respectivamente (Figura 1).

As principais ações para o aprimoramento da qualidade das informações e redução da proporção dos óbitos com causa básica mal definida foram: contratação de profissionais de saúde pelo MS e disponibilização para os estados; definição de instrumentos de coleta e manuais padronizados para investigação da causa dos óbitos; *linkage* das Declarações de óbitos com o sistema de informações hospitalares e ambulatoriais como subsídio para orientar a investigação nos hospitais; articulação com atenção primária, Serviço de Verificação de Óbito, Instituto Médico Legal; capacitação dos profissionais de saúde da área de informação e vigilância epidemiológica; investigação das causas de óbitos em vários locais (domicílio, Unidade de Saúde, Unidade Hospitalar, Instituto Médico Legal e no Serviço de Verificação de Óbito), implantação da metodologia da autópsia verbal para os óbitos mal definidos sem assistência médica ocorridos em domicílio; e, registro da causa do óbito, antes e depois da investigação no aplicativo do SIM.

Os principais resultados foram: o processo de investigação foi institucionalizado nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o percentual de óbitos com causa mal definida foi reduzido significativamente nas duas regiões (Figura 2).

Figura 2- Percentual de óbitos com causa mal definida. Brasil e Regiões. 2003 – 2008



Entre os anos de 2003 e 2008, a Região Norte reduziu a proporção de óbitos por causas mal definidas de 21,2 para 13,1%; a Região Nordeste de 25,9 para 8,9% e o Brasil reduziu de 13,3 para 7,6%.

Também como resultado desse trabalho ressalta-se a mudança de postura dos médicos que atuam nas Unidades de Saúde e Unidades Hospitalares que anteriormente se omitiam na emissão da Declaração do Óbito e na identificação da causa da morte.

Produção de ferramentas para análise de situação de saúde

Outra iniciativa importante do DASIS para facilitar a produção de análise de situação de saúde no âmbito do SUS é a produção de ferramentas de análise. Para grupos de usuários, com diferentes finalidades, foi pensado em desenvolver, em uma linha, um grupo de ferramentas de análise para microcomputadores, isto é, aplicativos que necessitam de instalação física nas máquinas, e em outra linha, ferramentas para prospecção de dados via internet.

Na Primeira linha de ferramentas de análise para microcomputadores, foram desenvolvidos 2 *softwares* complementares: O EpiR e o TerraView. O EpiR é uma interface gráfica bastante interativa para a linguagem de estatística 'R', e conta com uma série de facilidades na gerência de volumes de dados, possibilitando análises complexas, e saída gráfica de qualidade, utilizando *menus* para acesso às funções desenvolvidas. Para análises cuja interface gráfica ainda não esteja desenvolvida, o usuário poderá proceder à análise por linhas de código sem problemas. A linguagem 'R', núcleo de cálculo da aplicação, já é uma referência para a análise estatística em ambientes de pesquisas do mundo inteiro e está em ativo desenvolvimento.

Ainda nessa linha de desenvolvimento, foi desenvolvida uma ferramenta para análise espacial em saúde, visto que havia uma demanda bastante expressiva no setor, por criar oportunidades de novos olhares para a gestão. O TerraCluster é um aplicação desenvolvida, voltada para análise de agrupamentos espaciais. No escopo de trabalho, foi realizada uma pesquisa com as principais estatísticas propostas, que foram implementadas na aplicação, tornando-o um produto único, tanto pelo seu poder analítico, como pela robustez, já que a estratégia utilizada foi a sua utilização como um *plug-in* do TerraCluster, *software* de Geoprocessamento desenvolvido no Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE).

Porém, uma grande parcela de usuários de informações em saúde ou não tem muito tempo para criar seus relatórios técnicos ou são formados por pessoas que não detêm a abordagem técnica de um profissional de saúde pública. Para esses grupos, o DASIS tem desenvolvido um conjunto de aplicações de visualização de indicadores em saúde para diversas utilidades. Uma aplicação de mapas, denominada de "Atlas de Saúde" reúne uma grande quantidade de indicadores, das mais diversas áreas de interesse, em um só ambiente. Foi acoplada uma interface geográfica em um banco de dados de grande porte, para que o usuário possa navegar nas informações de saúde, distribuídas no espaço – por Unidades Federadas e por Municípios – e suas dimensões relativas a sexo, idade, raça/cor, ano e procedimentos de cálculos distintos como incidência, taxa brutas de mortalidade ou incidências e taxas de mortalidade padronizada, com potencial visualização em formato de mapas, gráficos e tabelas.

Um outro grupo de dados, com oportunidade maior, isto é, indicadores construídos por semanas, meses e anos, tem como principal objetivo o subsídio a vigilância e monitoramento de programas específicos. Para essa aplicação estão sendo priorizadas a Mortalidade Infantil e Materna, Tuberculose e Hanseníase. Para isso foi produzida uma matriz de visualização de gráficos, com atualização semanal, onde indicadores importantes são mostrados, também com possibilidades de diversos recortes na dimensão do indicador – como sexo e idade – e recortes temporais e espaciais – onde o usuário poderá identificar a Unidade Federada e o Município de interesse, caracterizando uma ferramenta importante para a gestão de diversos setores no âmbito do SUS.

Todas as aplicações são construídas em plataforma gratuitas e *open source*, para o incentivo à utilização irrestrita e a atualização permanente por técnicos que não estejam ligados propriamente ao Ministério da Saúde, mas desejam incorporar rotinas e estatísticas voltadas para uma determinada realidade local.

Produção de publicações: *Saúde Brasil 2008*

Como estratégia de disseminação dos resultados de análises de situação de saúde o DASSIS vem produzindo desde 2004 a publicação *Saúde Brasil*, utilizando os dados dos grandes bancos nacionais de informação e também sistemas mais novos, como os inquéritos de base populacional.

A publicação *Saúde Brasil 2008* possui uma especificidade, pois tem como tema os 20 anos do SUS e foi organizada com a participação de colaboradores como a Organização Pan-Americana da Saúde, a Área de Medicina Social (MS) da Universidade de Brasília (UnB) e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O objetivo geral dessa publicação é descrever e analisar a evolução de indicadores selecionados de oferta, cobertura e utilização relativos a programas, ações e serviços de saúde selecionados e de resultados que expressem as tendências e mudanças nas condições de saúde da população brasileira nos 20 anos do SUS no Brasil.

Quanto aos aspectos metodológicos gerais, o marco conceitual proposto por Habicht *et al.* (1999) trabalha os níveis de evidência da avaliação voltados para a adequação (alcançe de metas e objetivos esperados) e plausibilidade (tendências e associações estatísticas). Os níveis de evidência de probabilidade, que exigem estudos mais robustos, não foram abordados nesse trabalho.

Com relação aos indicadores, foram utilizados os de oferta, visando avaliar se os serviços aumentaram sua disponibilidade de forma adequada nesses últimos 20 anos e se existe distribuição equitativa entre as diferentes áreas geográficas; os de utilização, para verificar se os serviços estão sendo usados adequadamente pela população geral; os de

cobertura, para averiguar se estão sendo usados adequadamente pela população-alvo; e, os de impacto, voltados para a observação de melhorias nos indicadores de saúde das populações compatíveis com a hipótese de impacto do SUS nesses últimos 20 anos.

No trabalho realizado, houve amplo uso dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SIM, SINASC, SINAN, SIH, entre outros) e das pesquisas nacionais de base populacional (VIGITEL, PNAD, fatores de risco INCA/SVS, etc.), o que amplia o escopo das fontes de dados para a análise de situação de saúde no Brasil, eixo temático de todas as publicações do *Saúde Brasil*.

O público-alvo do *Saúde Brasil* são os profissionais de saúde em geral (especialmente os vinculados às SMS, SES e MS), pesquisadores, professores e imprensa. Ressalta-se que as duas últimas versões da publicação, *Saúde Brasil 2007 e 2008*, tiveram grande repercussão na imprensa, fato inédito e importante nesse tipo de publicação.

A publicação de 2008 está dividida em duas partes. A parte I apresenta uma análise de indicadores de oferta, utilização e cobertura de programas, ações e serviços de saúde selecionados, e a parte II, a análise das condições de saúde da população brasileira, com a utilização de indicadores de adequação e plausibilidade de resultados do SUS.

O capítulo introdutório da publicação denominado *A dinâmica dos macrodeterminantes da saúde nos 20 anos de SUS no Brasil* analisa o contexto sociodemográfico do país. Ressalta o intenso processo de urbanização da população brasileira: mais de 80% da população residia nas cidades no ano de 2006; a diminuição da proporção de pobres no período de 41%, em 1995 para 32% em 2005; a redução do percentual de analfabetos na população de 15 anos ou mais de 13,8%, em 1998 para 10,4% em 2006 (Paes-Sousa *et al.*, 2009).

Os principais resultados do *Saúde Brasil 2008* são apresentados obedecendo a organização do livro: primeiro a oferta dos serviços e na sequência, a análise das condições de saúde da população brasileira.

Saúde da Família

Nos 20 anos do SUS houve a estruturação da estratégia saúde da família representada por três fases: constituição, expansão e consolidação. No ano de 2008, a cobertura atingiu 50% da população que representa mais de 93 milhões de pessoas. O número de equipes de saúde da família passou de 328 em 1994 para 29.300 em 2008. Estudos mostram que a estratégia saúde da família proporcionou uma grande expansão do acesso da população brasileira à atenção primária de saúde. Nos municípios com maiores coberturas do saúde da família observa-se que houve maior redução da mortalidade infantil, aumentou o acompanhamento das gestantes e crianças, aumentou a cobertura vacinal,

aumentou o acompanhamento domiciliar de idosos, aumentaram as ações preventivas e de promoção da saúde e melhorou o acesso aos medicamentos de uso contínuo. Pode-se concluir que o *Saúde da Família*, enquanto modelo de atenção primária prioritário no SUS, tem sido uma estratégia promotora da saúde e redutora das iniquidades nesses municípios (Facchini & Garcia, 2009).

A Saúde Bucal no Brasil

Nos últimos anos observou-se grande avanço na atenção a saúde bucal da população brasileira, seja nas ações preventivas populacionais tais como fluoretação da água e maior acesso aos produtos de higiene bucal, seja na expansão do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal. Houve progressos importantes como a melhora do índice CPO-D (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) na faixa etária de 12 anos que reduziu de 6,65, em 1986, para 2,78, em 2003. Dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) houve uma grande expansão no número das Equipes de Saúde Bucal (ESB). O número de equipes em 2002 era de 4.261 e em 2008 esse número atingiu 17.349 equipes. Além da melhora da atenção primária houve também uma grande expansão do acesso à atenção especializada através da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em dezembro de 2004, existiam 100 serviços e em 2008 esse número elevou-se para 672 em todo o país (Manfredini, 2009).

O Serviço de Atenção Móvel de Urgência – SAMU 192

A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um componente importante da Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída em 2003. A implantação do SAMU teve como exemplo experiências já existentes na época em 16 municípios brasileiros. Em 2003 foram habilitados 14 serviços e no ano de 2009 já estavam habilitados 147 serviços cobrindo 1.276 municípios e atendendo uma população de mais de 106 milhões de habitantes (Alves & Cruz, 2009).

O SAMU tem-se constituído num serviço que induz a organização da rede de serviços de atenção à urgência, desde o nível primário até a atenção de urgência hospitalar. Tem sido um indutor da pactuação de acesso a serviços entre municípios e um facilitador da articulação com outros setores, tais como corpo de bombeiros, polícia rodoviária federal entre outros.

O Programa Nacional de Imunizações

O Programa Nacional de Imunização é um dos melhores exemplos de sucesso nos 20 anos do SUS no Brasil. Além do impacto na redução da morbimortalidade e erradicação de doenças imunizáveis o PNI proporcionou avanços na auto-suficiência de produção de imunobiológicos no Brasil, além da organização de uma grande rede descentralizada

de disponibilização de imuno-biológicos para a população através de estratégia de vacinação de rotina e de campanhas populacionais. O PNI vem proporcionando a redução da incidência, a eliminação e erradicação de várias doenças através das altas cobertura vacinais mantidas de forma continuada. Alguns exemplos podem ser observados: i) aumento da cobertura da vacina BCG de 79,2%, em 1990, para 104,2% em 2007; ii) aumento da cobertura da vacina anti-pólio de 57,7%, em 1990 para 100,5% em 2007; iii) aumento da cobertura da vacina DTP/Tetra de 65,7%, em 1990 para 98,3% em 2007; iv) aumento da cobertura vacinal de Hepatite B em crianças menores de 1 ano de idade de 3,8%, em 1994 para 95,1% em 2007 (Carvalho *et al.*, 2009).

Com relação às condições de saúde da população brasileira apresentamos os seguintes resultados:

A evolução das doenças transmissíveis

As **doenças imunopreveníveis** experimentaram redução importante na sua morbimortalidade, desde os esforços que culminaram na erradicação da varíola em 1971. Conforme descrito anteriormente, as estratégias implantadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) permitiram a eliminação da poliomielite – não há casos notificados desde 1989; interrompeu a transmissão do sarampo; iniciou-se o processo de eliminação da rubéola; e, está próximo de se alcançar a eliminação do tétano neonatal enquanto problema de saúde pública.

Através do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo (1992) houve redução da incidência e da mortalidade, contudo, em 1997 eclode uma nova epidemia que inicia em São Paulo e se estende a outros estados ocasionando mais de 53 mil casos e 61 óbitos. A epidemia foi controlada com a realização de uma campanha de vacinação em menores de cinco anos; vacinações de bloqueio; e a intensificação da vigilância epidemiológica. O fortalecimento do programa conseguiu obter a interrupção da transmissão autóctone, a partir do ano 2000. Desde então, ocorrem apenas casos importados e transmissão localizada, a partir de alguns desses casos. Como exemplo podemos citar o ano de 2006 onde 57 casos foram registrados.

Entre 1988 e 2007, os novos casos da coqueluche reduziram de 8.868 para 753, difteria de 801 para 5, tétano neonatal de 403 para 5 e tétano acidental de 1.852 para 334. Esse último apresentou um número relativamente elevado de casos, que indica a necessidade de estratégias especiais para garantir a revacinação dos adultos. A mortalidade por essas doenças também apresentou decréscimo importante, no período de 1990 a 2006, a difteria reduziu de 64 para 2 óbitos, o tétano neonatal de 141 para 6 e o tétano acidental de 461 para 140. Os seis óbitos por tétano neonatal, ocorridos em 2006, foram nas regiões Nordeste (4) e Norte (2). O Nordeste também concentrou 42,1% do total dos óbitos por tétano acidental.

A partir dos avanços obtidos na eliminação do sarampo, o Ministério da Saúde passou a aplicar essa estratégia também para a rubéola, por intermédio de uma campanha de vacinação realizada em 2008, que atingiu mais de 70 milhões de pessoas, sendo esperada a interrupção da transmissão da doença.

A **síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)** teve seu primeiro caso registrado no país em 1980, mas até a metade daquela década, a incidência era relativamente baixa, no entanto, com tendência de crescimento até 2000. A partir daí vem-se observando uma estabilidade da epidemia.

A transmissão sexual é a forma predominante no Brasil. Até junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de Aids, sendo 67% entre homens e 33% entre mulheres. Estima-se que 630 mil pessoas de 15 a 49 anos apresentem infecção pelo HIV no país. A taxa de prevalência estimada para 2006 foi de 0,61% para a população geral, sendo de 0,42% em mulheres e 0,82% entre homens. A taxa de mortalidade é de aproximadamente 6,4 óbitos por 100 mil habitantes com tendência de redução decorrente do acesso universal a terapia antiretroviral.

Nos últimos anos a epidemia de Aids vem mostrando alterações no seu perfil epidemiológico, como o crescimento entre as mulheres (razão masculino/feminino de 1,5, em 2007), o grupo etário mais acometido é o de 20 a 34 anos, seguido pelo grupo de 35 a 39 anos, em ambos sexos. Em 1988, as categorias de exposição mais importantes foram a transmissão homossexual (32%) e usuários de droga injetável (22%); e, em 2007, foi a transmissão heterossexual (33%).

A **sífilis congênita** apresenta uma taxa de incidência elevada, de 1,8 por 1.000 NV, em 2007. Fato que pode ser explicado, em parte, pela melhora da vigilância epidemiológica da doença, mas, a carga da doença é muito elevada, mais de cinco mil casos por ano, levando-se em conta sua vulnerabilidade a medidas bastante simples e altamente custo-efetivas. Refletindo deficiências na qualidade da atenção pré-natal, a taxa de incidência da sífilis congênita é três vezes maior na Região Nordeste que na Sul. A TMI por sífilis congênita manteve-se estável na década de 1990, (cerca de 4 óbitos por 100 mil NV), a partir de 1999, apresentou uma tendência de redução, chegando, em 2005, a 2,5 por 100 mil NV, podendo estar relacionada com a melhoria no acesso e na qualidade da atenção.

Em janeiro de 1991, a sétima pandemia de **cólera** chegou ao continente americano, produzindo mais de 320 mil casos naquele ano. Em agosto, registraram-se os primeiros casos no Brasil. A partir daí, a epidemia se dissemina rapidamente pelas regiões Norte e Nordeste, com registros de surtos de menor intensidade no Centro-Oeste e Sudeste. No pico da epidemia (1993) foram registrados 60.340 casos e 670 óbitos, sendo o Ceará o estado mais acometido, com aproximadamente um terço dos casos. Em 2001, a trans-

missão foi praticamente interrompida, desde então somente um pequeno surto ocorreu em Pernambuco, em 2004.

No início dos anos 1980 foram notificados os primeiros casos de **dengue**, em Roraima. Em 1986, ocorre a primeira epidemia da doença, produzida pelo sorotipo DEN 1, no Rio de Janeiro e disseminando-se para outros seis estados. Na década de 90, a maior incidência foi observada em 1998, com 528 mil casos. A introdução do DEN 3 propicia outra epidemia em 2002, também iniciada no Rio de Janeiro com 695 mil casos de dengue clássica e 2,7 mil casos da febre hemorrágica da dengue (FHD). Em 2007, observou-se o início de novo pico, pelo DEN 3 e DEN 2, produzindo a maior epidemia de dengue, com 776 mil casos confirmados, em 2008. A circulação dos três sorotipos do vírus da dengue favoreceu o aumento progressivo da incidência da FHD, tendo sido registrados 4.137 casos, em 2008, e 158 óbitos, em 2007. Outro indicador dessa tendência de agravamento é o incremento na taxa de hospitalização por dengue e FHD, que cresceu oito vezes, entre 1998 e 2008, de 2,7 para 22,2 por 100.000 habitantes.

A Região Amazônica concentra 99,8% do total de casos de **malária** do país. Esse processo de concentração geográfica revela-se também no registro de 286 mil casos, correspondente a 79,2 % do total do país, nos estados do Amazonas, Pará e Rondônia, em 2007. Nesse ano, cerca de 80 municípios foram considerados de alto risco, com Índice Parasitário Anual (IPA) maior que 50/1.000 hab., e em 11 deles, o índice foi superior a 300/1.000 hab.

Durante os anos 1960, e até a metade da década de 1970, a média anual de casos de malária era inferior a 100 mil, aumentando para uma média anual de 500 mil nos anos 1980. Em 1999, foram registrados 640 mil casos, levando ao MS a lançar o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM), resultando em estabilização do número de casos no ano 2000 e redução para 390 mil casos em 2001. Contudo, a falta de sustentabilidade das ações permitiu o incremento de casos para 608 mil casos, em 2003. A retomada das ações pelo Programa Nacional de Controle da Malária reverteu essa tendência, com 458 mil casos, em 2007. No início da implantação do SUS, ocorriam quase 1.000 óbitos anuais por malária, enquanto em 2006, houve registro de 93 óbitos, provavelmente pela ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, assim como pelas modificações introduzidas no esquema terapêutico.

A **tuberculose (TB)** é um problema importante de saúde pública no país, representando uma média de 70.000 casos novos por ano, na presente década. A incidência dessa doença vem declinando significativamente, atingindo 38,2 casos por 100.000 hab., em 2007. Nesse ano, as regiões Norte e Sudeste registraram taxas superiores à nacional. A incidência da tuberculose tem sido pressionada globalmente pela associação com a infecção pelo HIV. No país, a TB é a causa de morte mais frequente entre pacientes de Aids. A proporção de casos de TB testados para o HIV alcançou os 63% em 2007. Além disso,

o fenômeno da multi-droga resistência (MDR) tem-se constituído em uma preocupação global. A taxa da mortalidade por TB também reduziu, de 3,6 por 100.000 hab., em 1990 para 2,6, em 2005.

A **Doença de Chagas** produzia, há algumas décadas, milhares de casos novos anuais e seu principal vetor, o *Triatoma infestans*, era amplamente disseminado em áreas rurais do país, obtendo-se em prevalência de infecção pelo *Tripanosoma cruzi* de 4,2% para a população rural do país, em 1970. A partir de 1991, as ações de combate a esse vetor foram intensificadas, alcançando-se progressivamente a interrupção da transmissão nos estados endêmicos (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Tocantins, Paraná, Rio Grande do Sul e Bahia), culminando com a certificação internacional, atestada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2006.

A **febre amarela** (FA) – urbana foi erradicada do país em 1942, entretanto a forma selvática da doença continua acometendo pessoas sob a forma de surtos ou casos isolados. Até o final da década de 1990, as áreas de circulação endêmica do vírus amarílico localizavam-se nas Regiões Norte, Centro-Oeste, parte do Maranhão e de casos isolados na área oeste de Minas Gerais. A partir do início da presente década, entretanto, houve uma expansão dessa área, com ocorrência de epizootias e surtos em áreas das Regiões Sudeste e Sul. Nos últimos 20 anos, ocorreram surtos em 1993, 1999, 2000, 2001, 2003 e 2008, com 83, 76, 85, 41, 64 e 42 casos, respectivamente. A letalidade média da FA variou entre 50% a 60%, o que pode indicar um sub-registro das formas clínicas leves e/ou deficiências na atenção aos casos.

A **raiva humana** transmitida por cães apresentou tendência decrescente durante o período de 1986 a 2008. Em 2006, foram registrados seis casos, em 2005 e em 2007 só houve um caso, e em 2008, nenhum registro. Por outro lado, ocorreram surtos importantes de raiva transmitida por morcego: em 2004 (22 casos) e em 2005 (42 casos) encontrados nas áreas de selva e contíguas do Maranhão e Pará. Esses surtos podem estar relacionados às modificações ambientais produzidas pelo aumento da atividade pecuária na Amazônia e à dificuldade de acesso à vacinação pós-exposição dessas populações.

A **hantavirose** tem apresentado surtos a partir do final dos anos 1990, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, que concentraram 78% dos 664 casos acumulados até 2005, com os estados do Paraná e Santa Catarina sendo os mais acometidos, com 149 e 114 casos acumulados, respectivamente. Pelas características de sua transmissão, relacionada com exposição a roedores silvestres, o maior acometimento tem sido registrado entre residentes de área rural (51%) e pessoas com ocupação relacionada às atividades agrícolas e/ou à pecuária (65%).

A **leishmaniose visceral** tem apresentado, nos últimos anos, ampliação da área de ocorrência e no número de casos. Em 1990, houve um pico com 1.944 casos, seguido de novas elevações em 1995 (3.885 casos), 2000 (4.858 casos) e 2005 (3.597 casos). As razões desse comportamento não se encontram completamente esclarecidas, mas os processos migratórios e a urbanização, com a invasão de áreas anteriormente silvestres, têm sido apontadas como seus principais fatores.

A **hanseníase** ainda é um problema de saúde pública. Em 1990, a prevalência era 19,5 casos p/10.000 hab., e, diminuiu para 2,1, em 2007. Enquanto o Sul e o Sudeste já apresentam prevalência menor que 1/10.000 hab., o Norte (5,43), o Nordeste (3,15) e o Centro-Oeste (4,06), ainda não atingiram essa meta, em 2007. Entre os estados, o Tocantins e o Mato Grosso apresentavam as maiores prevalências. Os principais fatores que contribuíram para esses avanços são a introdução da poliquimioterapia (PQT), a descentralização das ações de vigilância e controle para os municípios e sua integração com a estratégia de saúde da família.

A **filariose linfática** está a caminho de sua eliminação no país. Dos três focos existentes na última década, Belém, Maceió e a Região Metropolitana de Recife, apenas nesse último ainda persiste a transmissão. Mantida a atual estratégia de eliminação a doença pode ter sua transmissão interrompida em médio prazo.

Nas últimas décadas, a **esquistossomose** vem mostrando declínio significativo nas taxas de internação hospitalar das formas graves e da mortalidade, em torno dos 57%. Apesar desse avanço, ainda persistem áreas de alta prevalência em localidades rurais do país.

A evolução do estado nutricional das crianças, adolescentes e adultos brasileiros

A análise da evolução da altura e índice de massa corporal das crianças brasileiras a partir dos resultados de quatro inquéritos populacionais mostra os seguintes resultados: i) No caso da altura, é evidente, nos dois sexos, a tendência temporal de deslocamento contínuo das curvas para a direita e a progressiva aproximação do padrão de referência da OMS. No inquérito mais recente (2006/07), a curva de distribuição das alturas das meninas apresenta-se quase superposta à curva do padrão de referência; ii) Estimativas dos valores médios dos índices altura-para-idade e Índice de Massa Corporal -IMC-para-idade nos quatro inquéritos confirmam a trajetória positiva da distribuição da altura das crianças brasileiras e a presença de oscilações na distribuição do IMC (medida da adequação do acúmulo de tecidos – usualmente de tecidos adiposo e muscular). Comparando-se a média do índice altura-para-idade de meninos nos anos extremos do período estudado (1974/75 e 2006/07), conclui-se que em pouco mais de 30 anos o “déficit” de altura no sexo masculino foi reduzido em 77%. No caso das meninas, a mesma comparação indica redução de 85% do “déficit” de altura.

As estimativas para os valores médios do índice altura-para-idade dos adolescentes nos três inquéritos confirmam a tendência secular positiva do crescimento linear no Brasil, indicando redução de cerca de dois terços (66%) do “déficit” de altura no caso do sexo masculino (1974/05 e 2002/03) e de cerca de três quartos (75%) no caso do sexo feminino, no mesmo período. A variação temporal dos valores médios do IMC dos adolescentes brasileiros confirma a trajetória continuamente ascendente desse índice entre meninos. Entre meninas, a média do IMC aumenta significativamente no primeiro período (1974/75-1989), mas diminui, também significativamente, no segundo período (1989-2002/03).

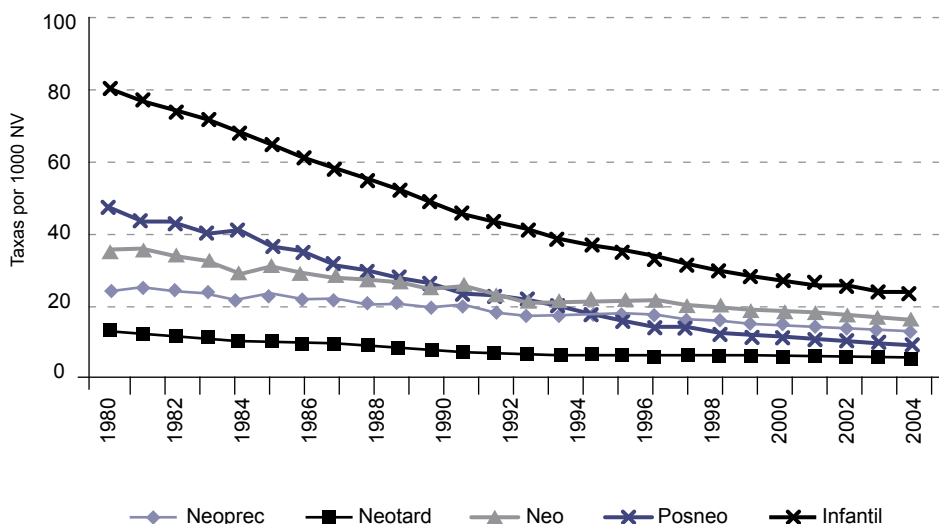
As estimativas para a média de altura dos adultos masculinos confirmam a tendência secular positiva do crescimento, indicando ganho médio de 0,9 cm entre 1974/75 e 1989, e 1,9 cm entre 1989 e 2002/03. Na população adulta feminina, a tendência secular positiva apenas se manifesta no segundo período, indicando um ganho de 3,3 cm. A variação temporal dos valores médios do IMC da população adulta masculina confirma a trajetória continuamente ascendente; entre as mulheres, a média do IMC aumenta significativamente no primeiro período (1974/75-1989) e mantém-se estável no segundo (1989-2002/03).

Esses resultados mostram que houve diminuição da desnutrição a partir da evolução positiva da altura dos brasileiros e da evolução do IMC nos últimos 30 anos. Esse último indicador mostra pouca variação no risco de obesidade entre as crianças menores de cinco anos de idade; entretanto, nos adolescentes e adultos, se observam aumentos contínuos no risco de obesidade no sexo masculino (Conde & Monteiro, 2009).

Evolução da mortalidade infantil no Brasil – 1980 a 2005

Desde 1980, observa-se decréscimo importante das taxas de mortalidade infantil (TMI), reduzindo de 80,1, em 1980 para 21,2 óbitos por mil NV, em 2005. Nesses 25 anos, o componente pós-neonatal foi o principal responsável pela queda da TMI com 85% de redução no período e com redução média anual de 8,1%, seguido pelo componente neonatal tardio, com queda de 70,7% no período e decréscimo anual de 4,8%, e pelo componente neonatal precoce com diminuição de 51,9% no período e 2,9% de queda anual (Figura 3).

Figura 3. Taxa de Mortalidade Infantil e componentes. Brasil, 1980-2005



Em 1980 a doença diarreica aguda era a segunda causa de mortalidade infantil, responsável por cerca de um quarto dos óbitos por causas definidas (24,3%). Em 2005 representaram somente 4% do total de óbitos. As principais causas de mortalidade infantil foram as afecções perinatais que aumentaram de 37,8% dos óbitos em 1980 para 61% em 2005 e as malformações congênitas, que passaram de 5,3% para 16%, no mesmo período. Houve ainda redução importante das causas de óbito nos grupamentos de doenças imunizáveis (de 2,2 para 0,2%), deficiências nutricionais/anemias carências (de 6,2 para 1,9%) e infecções respiratórias agudas (de 14,0 para 4,8%). O maior aumento relativo observado nos grupos das afecções perinatais e das anomalias congênitas entre 1980 e 2005 se deve à maior redução das outras causas nesse período (Lansky *et al.*, 2009).

Na análise das causas de óbitos neonatais, a prematuridade aparece como a principal causa em todas as regiões do Brasil, seguida pelas infecções (predomínio da septicemia neonatal), malformações congênitas e asfixia/hipóxia. As taxas por prematuridade, infecções e asfixia/hipóxia são em geral maiores nas regiões Nordeste e Norte e menores no Sul e Sudeste. Já as taxas por malformações congênitas são relativamente semelhantes em todas as regiões. A taxa de mortalidade neonatal por hipóxia/asfixia é uma causa de óbito com grande potencial de prevenção, uma vez que os partos no Brasil são na sua maioria hospitalares.

A mortalidade neonatal segue como uma preocupação por sua menor velocidade de queda e menor redução das causas perinatais. Melhorias gerais da condição de vida e de assistência de saúde influenciaram a evolução da MI no país, porém, persistem desigualdades regionais, socioeconômicas e étnico-raciais. O avanço na sobrevivência infantil no

país demanda a implementação da rede de atenção perinatal e de medidas de promoção da equidade social e em saúde.

Evolução das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT e seus fatores de risco e proteção no Brasil

Em decorrência das transformações nos padrões de morbimortalidade da população brasileira nas últimas décadas observa-se uma rápida redução do peso das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis em decorrência da urbanização e do aumento da prevalência dos fatores de risco como tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, entre outros. Os serviços de saúde em nosso país não estão preparados para essa carga de doenças crônicas o que deve ser foco de atenção das políticas públicas de saúde.

Com relação aos fatores de risco e proteção (*Hábito de fumar, Consumo de bebidas alcoólicas, Índice de Massa Corporal, Consumo Alimentar, Atividade Física, Morbidade Referida*), esse capítulo do *Saúde Brasil 2008* mostra diferenças significativas entre os sexos: dentre os fatores de risco mais frequentes nos homens destacam o consumo de carne ou frango com gordura aparente (51,2%), excesso de peso (47,3%), sedentarismo (39,8%), consumo abusivo de bebida alcoólica (25,3%) e de fumo – atual (20,3%) e passado (26,3%); nas mulheres destacam o excesso de peso (38,8%), consumo de carne ou frango com gordura aparente (29,0%), sedentarismo (20,1%) e o hábito de fumar – atual (12,8%) e passado (18,6%). Entre as doenças autorreferidas se destacam a hipertensão arterial (18,4%) e a diabetes (4,4%) entre os homens, e 24,4% e 6,0% entre as mulheres, respectivamente.

Os fatores de proteção mais relevantes entre os homens foram: ser mais ativos no lazer (18,3%), consumo regular de frutas e hortaliças (17,8%) e consumo adequado de frutas, legumes e verduras (5%); enquanto nas mulheres foram 11,9, 29,1 e 9,4%, respectivamente.

Com relação a mortalidade, segundo o Sistema de Informações de Mortalidade, em 2006, houve 1.031.149 óbitos, entre as quais destacam-se como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por aproximadamente 300 mil óbitos, seguida pelas neoplasias com 155 mil e os óbitos por causas externas com 130 mil.

Entre as doenças cardiovasculares, as primeiras causas específicas foram as doenças cerebrovasculares (9,4% do total de óbitos) e as doenças isquêmicas do coração (8,8%). Nessa última causa se destaca o infarto agudo do miocárdio, responsável por 6,7% do total de óbitos. Outra causa importante foi a doença hipertensiva que correspondeu a 3,6% da mortalidade geral.

O risco de morte por doença do aparelho circulatório na população entre 20 a 74 anos passou de 188 por 100 mil habitantes, em 1990, para 149 em 2006 (taxas ajustadas). Entre as doenças cerebrovasculares o risco diminuiu de 65 por 100 mil habitantes para 45, e entre as doenças isquêmicas passou de 56 para 51 no mesmo período. Nessas três doenças, nas regiões Sudeste e Sul se observam diminuição do risco de óbito, enquanto nas outras regiões estão em aumento ou mantêm-se estáveis.

Os dados mostraram o aumento das taxas de mortalidade por diabetes de 1990 até 2006 e a estabilização nos últimos anos em algumas regiões do país. A taxa ajustada entre adultos de 20 a 74 anos evoluiu de 16 óbitos por 100 mil habitantes em 1990, para 24 em 2006. O aumento ocorreu também em todas as regiões, sendo que após o ano 2000, há certa tendência de estabilização das taxas para Brasil e regiões, exceto na Nordeste, onde o crescimento foi contínuo em todos os anos (Malta *et al.*, 2009).

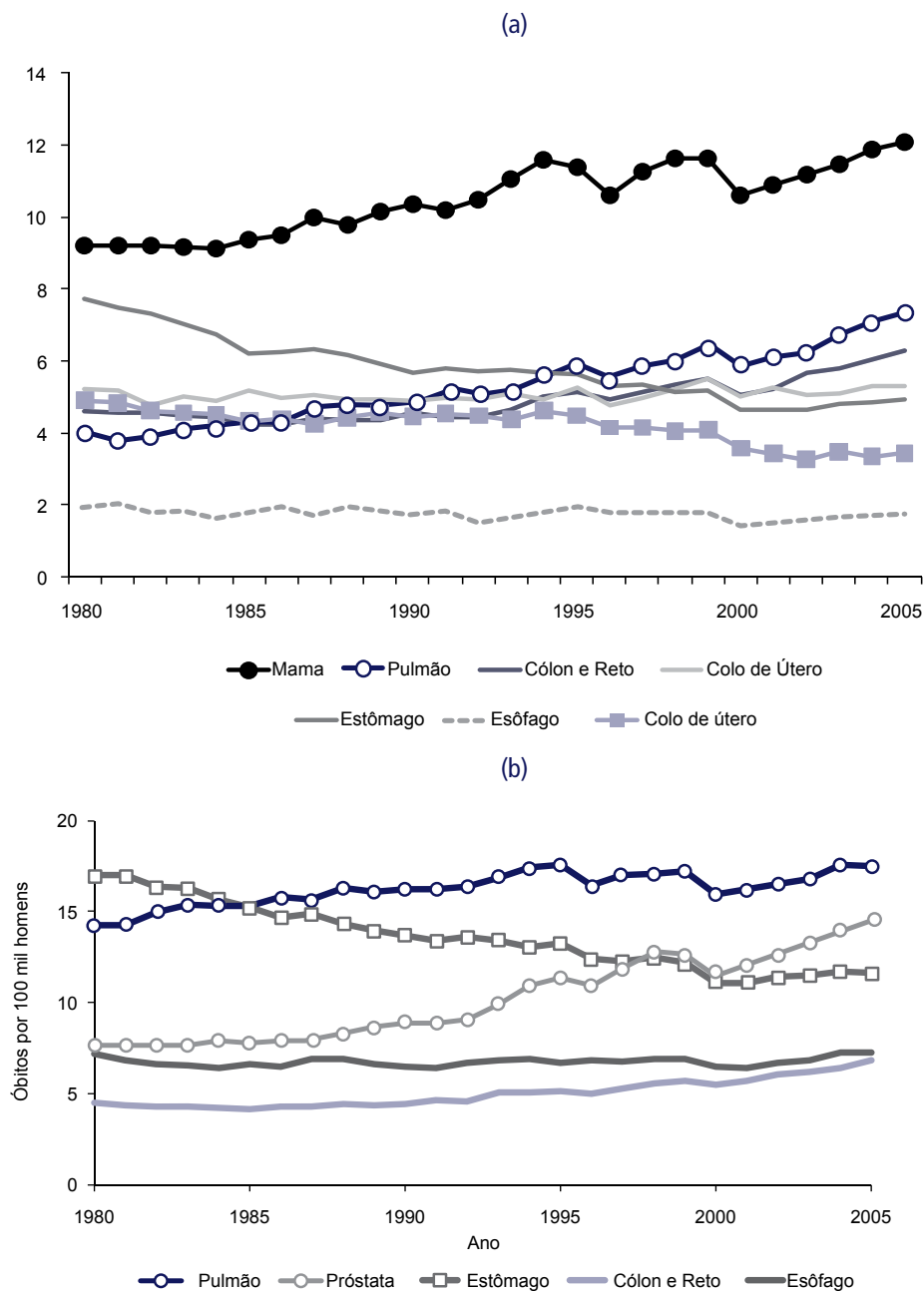
Mortalidade por câncer

O câncer representa a segunda causa de morte no Brasil, e os principais tipos de câncer estão associados a fatores de risco modificáveis por mudanças de comportamento e por medidas de diagnóstico precoce, como é o caso do câncer de traquéia, brônquios e pulmão, que pode diminuir com a redução do tabagismo, e, o câncer de colo de útero e mama, que podem ser reduzidos por programas de rastreamento periódico.

Nos homens, as causas de óbito por câncer que apresentaram as maiores taxas foram o câncer de pulmão, próstata e estômago; entretanto, nas mulheres destacaram os de mama, pulmão, cólon, reto e ânus, colo do útero e estômago (Silva *et al.*, 2009).

Entre os homens, observa-se uma tendência ascendente, considerando todo o período (1980-2005), para o câncer de pulmão, próstata e cólon-retal e uma diminuição para o câncer de estômago, enquanto que o câncer de esôfago manteve-se estável (Figura 4a). Entre as mulheres, os cânceres de mama, pulmão, colo do útero e cólon-retal exibiram, nesse período, uma tendência ascendente, enquanto que os de estômago e esôfago apresentaram uma tendência decrescente (Figura 4b).

Figura 4. Tendência da mortalidade* por câncer em (a) homens e (b) mulheres segundo as principais localizações topográficas, Brasil, 1980-2005



* Ajustada por idade pela população mundial

As violências e os acidentes como problemas de saúde pública no Brasil

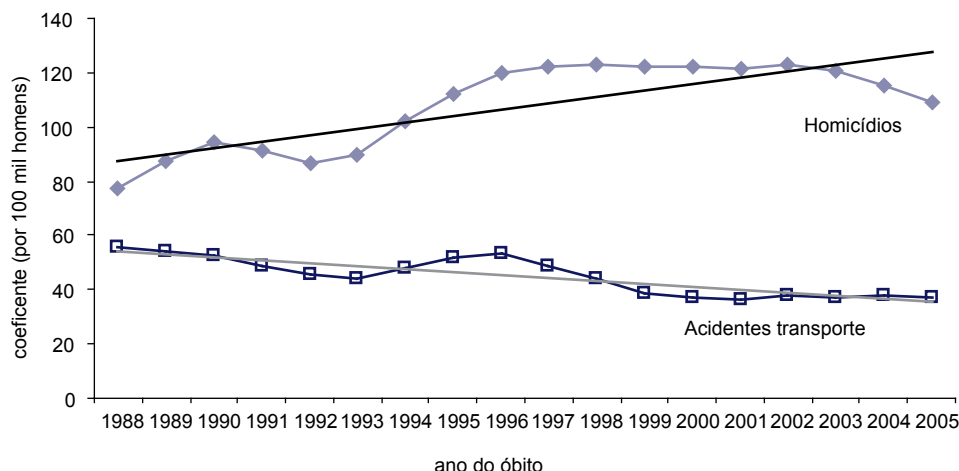
As violências são um sério problema de saúde pública no Brasil. Representam a terceira causa de morte e para algumas regiões são a segunda causa. As agressões e os acidentes de transporte terrestre são os dois grandes responsáveis por essa situação.

Esses agravos apresentam altos percentuais de internações hospitalares financiadas pelo SUS: em 2006, no Brasil foram registradas 662 mil **internações hospitalares** associadas a lesões decorrentes de causas externas atendidas pelos SUS, resultando em um gasto de 603 milhões de reais. As principais causas externas motivos de internação foram as quedas (42,5%) e os acidentes de transporte terrestre (13,2%). Por outro lado, as agressões representaram 5,8% do total de internações por causas externas sendo, entretanto, responsáveis pela principal causa de morte (38,7%) por causas externas (Duarte *et al.*, 2009).

No Brasil, o **risco de morte** por causas externas foi de 72,3 por cem mil habitantes em 1988 e de 67,8 óbitos por 100 mil hab., em 2006; destacando o Centro-Oeste com a maior taxa de mortalidade entre as regiões (77,8). A mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) foi de 21,6 por cem mil em 1988 e de 19,4 por cem mil em 2006. A mortalidade por agressões (homicídios) foi de 17,3 por cem mil, em 1988 e de 26 por cem mil, em 2006. Para acidentes de transporte o maior risco está na região Centro-Oeste (26,1) e por homicídios nas regiões Nordeste (28,7) e Norte (28,3).

Entre os jovens de 20 a 49 anos das capitais dos estados, a mortalidade por homicídios mostrou tendência crescente desde 1988 até 1996, a partir desse ano se observa estabilidade, com discreta tendência de queda desde 2004 até 2006; entretanto, os ATT mostraram estabilidade desde 1998 a 1996, leve queda nos anos três seguintes, e partir de 1999 as taxas se estabilizaram novamente (Figura 5).

Figura 5. Taxas de mortalidade (médias móveis trianuais) por homicídios e acidentes de transporte terrestre e respectivas tendências lineares, homens de 20 a 49 anos de idade, das capitais do Brasil, 1988-2006.



Condições de Saúde da População Idosa no Brasil

O Brasil vem apresentando nas últimas décadas do século passado e no atual um acelerado processo de transição demográfica com elevação progressiva dos idosos em termos relativos e absolutos. Entre o censo de 1991 e 2000 a população idosa aumentou 2,5 vezes mais do que a população mais jovem.

O rápido aumento da população idosa tem como consequência o aumento da carga das doenças crônicas e um grande impacto nos serviços de saúde, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Daí, a importância de uma política de saúde voltada para o idoso com foco na promoção de um envelhecimento ativo dentro da concepção que propõe a Organização Mundial da Saúde.

O capítulo do *Saúde Brasil 2008* abordou esse envelhecimento populacional avaliando as tendências das condições de saúde e os usos de serviços de saúde pela população idosa brasileira. Os resultados mostraram tendências de redução da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos maiores de 60 anos, principalmente no grupo das doenças cerebrovasculares e doença isquêmica do coração. Entre 1980 e 2005, houve uma redução do risco de morte por doenças do aparelho circulatório, por doenças cerebrovasculares e por doenças isquêmicas do coração de 31,5%, 34% e 29,2%, respectivamente. Com relação às taxas de câncer, pelo contrário, observou-se uma elevação de 25,3%, principalmente no câncer de traquéia, brônquios e pulmão e câncer de mama.

Tabela 1. Taxas de mortalidade geral e específicas por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias malignas entre idosos, segundo o ano (Brasil, 1980-2005)

Ano	Mortalidade Geral	Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório			Mortalidade por Neoplasias Malignas		
		Todas ¹	Doença cerebrovascular	Doença isquêmica do coração	Todas ²	Traquéia, brônquios e pulmão	Mama
1980	4.485,9	2.022,6	677,9	568,5	484,1	54,9	38,9
1985	4.351,9	1.826,5	613,9	538,1	472,2	59,2	42,4
1990	4.134,6	1.683,2	568,3	483,1	486,0	65,6	47,1
1995	4.326,8	1.665,3	555,3	465,2	549,4	76,9	53,3
2000	3.592,9	1.322,5	437,5	391,6	522,6	72,4	49,3
2005	3.791,7	1.385,6	447,1	402,6	606,6	82,8	56,7
Diferença entre 1980 e 2005	-15,5%	- 31,5%	- 34,0%	-29,2%	+25,3%	+ 50,7%	+ 45,8%

Taxas de mortalidade por 100.000 habitantes ajustadas pela idade, tendo como referência a população do ano 2000.
¹: Todas as doenças do aparelho circulatório
²: Todas as neoplasias malignas entre idosos e idosas
 Fonte: Dados brutos originados do SIM-SUS (1980-2005)

Com relação aos fatores de risco modificáveis tais como: inatividade física, tabagismo e uso abusivo ou dependência de álcool, há uma tendência de acúmulo de mais de um fator na população dessa faixa etária. Nos idosos hipertensos há uma tendência de apresentarem concomitantemente dois ou três fatores de risco.

Com relação à utilização dos serviços de saúde, observaram-se avanços importantes: i) melhora na auto-avaliação do estado de saúde pela população idosa: em 1998, 19% da população autoavaliava o seu estado de saúde como ruim e, em 2003, esse percentual passou para 16%; os que avaliaram como bom, passou de 35% para 39% entre os dois anos; ii) O percentual de idosos que referiram não ter realizado consulta médica entre esses dois anos reduziu e o percentual dos que referiram a realização de quatro ou mais consultas aumentou de 29% para 36% entre 1998 e 2003; iii) o percentual de internações hospitalares financiadas pelo SUS por condições sensíveis a atenção primária reduziu 15,4% entre os anos de 2000 e 2006; iv) para os usuários do SUS, o posto de saúde era o local de atendimento para 50% dos usuários idosos do SUS. Em 2003 esse percentual aumentou para 63%. Por outro lado, alguns serviços não apresentaram melhora. Como exemplo o acesso aos exames de mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama nas mulheres de 60-69 anos usuárias do SUS: 64% nunca realizaram o exame e apenas 26% realizaram nos últimos dois anos (Lima-Costa MF & Matos DL, 2009).

Referências Bibliográficas

1. Pan American Health Organization. Methodological summaries in epidemiology: health situation analyses. *Epidemiol Bull*, 1999. 20, 1-3.

2. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausability and probability of public health programe performance and impact. *Intern. J. Epidemiology*, 1999, 28:10-18.
3. Paes-Sousa, R, Carepa J, Vaitsman J. A Dinâmica dos macrodeterminantes da saúde nos 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Facchini LA, Garcia LP. Evolução e avanços da saúde da família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Alves CV, Cruz KDF. O Samu 192 no cenário das urgências no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
7. Carvalho MTB, Rocha CMV, Pinto LLS, Bulhões MM, Sato HK. O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. Silva Junior JB. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. Conde WL, Monteiro CA. A evolução da altura e do Índice de Massa Corporal de Crianças, adolescentes e adultos brasileiros no período de 1974 a 2007. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
10. Lansky S, França E, Ishitani L, Perpétuo IHO. Evolução da mortalidade infantil no Brasil – 1980 a 2005. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Malta DC, Moura L, Souza MFM, Rocha FM, Fernandes RM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco, 1990 a 2006. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

12. Silva GA, Teixeira MTB, Guerra MR, Moura L. Tendências e controle do câncer e os 20 anos de Sistema Único no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
13. Duarte EC, Monteiro RA, Mascarenhas MDM, Silva MMA. As violências e os acidentes como problemas de saúde pública no Brasil: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
14. Lima-Costa MF, Matos DL. Tendências das condições de saúde e uso de serviços de saúde da população idosa brasileira: 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A experiência do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS)

*George Santiago Dimech**

Desde o ano de 2006 o Ministério da Saúde conta com o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) que tem como objetivo a execução das atividades de monitoramento de emergências em saúde pública de importância nacional e internacional e apoio à resposta coordenada a esses eventos prioritários. Nesse contexto, estruturou-se também a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS).

Possuindo equipe específica de resposta em epidemiologia de campo, o Centro está pronto para enviar pessoal treinado para detecção, análise e resposta às referidas emergências. Além disso, por sua estrutura tecnológica (uma estrutura física adequada que facilita a comunicação com as salas de comandos, reunião e operações, que dispõem de modernos recursos tecnológicos de comunicação e informação, sendo equipadas com *nobreak* e gerador elétricos) o CIEVS é colocado como ponto central de operações, com capacidade de envolvimento intra e intersetorial, acionando técnicos, especialistas, redes de profissionais, secretarias de saúde, laboratórios, institutos de pesquisa, entre outros parceiros.

O Brasil deve estruturar até 2011 a sua Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde (REDE CIEVS) que será estendida aos 27 centros estaduais e ainda aos centros municipais estratégicos, como: capitais, fronteiras, portos/aeroportos, pólos econômicos, turísticos, de saúde, distribuídos nas 27 Unidades Federadas. Atualmente, encontram-se estruturados 29 CIEVS, compostos pelos CIEVS das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (municípios prioritizados).

Entre janeiro e novembro de 2009 foram notificados 80 eventos ao CIEVS, sendo 20 identificados como emergência de saúde pública de importância nacional, entre eles, a Influenza Humana pelo vírus A (H1N1) – 2009, evento esse que exigiu uma resposta imediata e coordenada internacionalmente.

* Médico Veterinário e Especialista em Saúde Coletiva. É Consultor do Ministério da Saúde atuando no monitoramento e resposta a surtos e emergências em Saúde Pública, por meio da Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Contato: george.dimech@saude.gov.br.

O CIEVS desempenha também um importante papel como facilitador da integração das equipes de resposta, dos gestores e dos técnicos de diversos setores potencialmente envolvidos em surtos e epidemias das três esferas de gestão do SUS e do cenário internacional. O Centro trabalha com três cenários: saúde pública, emergências e monitoramento de áreas prioritárias, sendo composto por seis áreas: Unidade de Informações Estratégicas, Desenvolvimento de Capacidades em Vigilância em Saúde, Programa de Treinamento de Epidemiologia de Campo (EPISUS), Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), Monitoramento de Programas Prioritários e Vigilância em Saúde do Viajante e Migrante.

Na Unidade de Informações Estratégicas desenvolvem-se as principais atividades preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), no que competem as Emergências, que são as rotinas de detecção, alerta, avaliação, monitoramento, e integração à resposta coordenada para as possíveis emergências em saúde pública.

A Unidade promove também o apoio ao desenvolvimento da Rede CIEVS tanto nos aspectos estruturais, relativos à Tecnologia de Informação (TI), quanto aos técnicos. Por fim, ela colabora com o desenvolvimento das capacidades de vigilância e resposta do RSI para os níveis intermediários e locais.

O CIEVS integra a Rede Mundial de Alertas e Resposta a Surtos (GOARN), coordenada pela OMS, sendo essa uma ampla rede de informação, verificação, resposta e monitoramento da qual fazem parte, no Brasil, a REDE CIEVS e seus parceiros: os municípios, os estados, a federação e a OPAS/OMS.

Notificação de eventos sob o Regulamento Sanitário Internacional

Conforme supracitado, cabe ao CIEVS e à REDE CIEVS garantir a organização dos seus serviços para cumprimento da execução das rotinas de detecção, alerta, avaliação, monitoramento e resposta às emergências de saúde pública de relevância nacional e internacional.

No âmbito da detecção, as notificações podem ser realizadas por profissional de saúde, pelas instituições ou pela população, que enviam as informações 24 horas por dia, sete dias por semana para os serviços municipais, estaduais e nacionais por meio de mecanismos estabelecidos, como a via telefônica (0800-644-6645) e a via *e-mail* (notifica@sau.gov.br). No processo verifica-se que num primeiro momento acontece a notificação, seguida pela resposta, e, por fim, o monitoramento. O registro da informação segue um fluxo e é consolidado em um instrumento denominado Monitor CIEVS, sendo divulgado num *site* restrito da LVE-WEB.

Os eventos notificados são avaliados sob o RSI quanto ao seu impacto em saúde pública, ser inesperado ou imprevisto, possuir risco de propagação internacional e ou risco ao trânsito de pessoas e mercadorias. O cumprimento de parte dessas definições pode levar ou não à classificação de cada evento de saúde pública como de importância nacional e internacional.

Os eventos sentinelas para esse monitoramento estão englobados entre o que se define pelo Ministério da Saúde do Brasil como doenças de notificação imediata, que incluem a poliomielite por vírus selvagem, influenza humana por novo subtipo, Síndrome Respiratório Aguda Severa (SARS) e outras situações de potencial importância para saúde pública nacional, incluindo aqueles por causa ou fonte desconhecida, cólera, peste, febre amarela, e outras doenças de interesse nacional e regional.

Uma vez definido como de relevância nacional para monitoramento, o evento passa a ser pauta de discussão do Comitê Permanente de Emergências que é composto pela vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e por outros setores como laboratório, assistência (Departamento de Atenção Básica – DAB) e saúde indígena (Fundação Nacional de Saúde – FUNASA). Esse comitê reúne-se todas as segundas-feiras e realiza ações visando à integração, revisão, compartilhamento e discussão de todos os eventos monitorados pelo CIEVS.

Nas situações de emergência em saúde pública às vezes é necessário estabelecer a organização coordenada das respostas, integrando os gestores das diversas frentes de resposta e estabelecendo o monitoramento sistemático dos principais indicadores referentes ao eventos (epidemiológicos, de alerta, serviço, ações realizadas). Nessas situações é estabelecido um Gabinete de Emergências. Como exemplo dessas experiências podemos citar o Gabinete para monitoramento da febre amarela silvestre no Brasil (2007 e 2008) e para a dengue durante a epidemia no Rio de Janeiro (2008) e ainda o atual gabinete da Influenza A(H1N1) 2009.

A implantação do Gabinete de Emergência no caso da dengue percorreu a etapa de definição das áreas sobre estudo, com a priorização de municípios, e a de definição de componentes. O comitê foi conformado por um Núcleo Central, composto pela Equipe Dengue e CIEVS (MS e SES) e por diversos membros, a saber: gabinete dos secretários; vigilância em saúde – equipes de dengue (MS, SES, SMS); vigilância epidemiológica, ambiental e Laboratório Central (LACEN); sistemas de informação; atenção à saúde (todas as complexidades); urgência e emergência; comunicação (imprensa); e mobilização e controle social.

Outras etapas consideradas relevantes foram voltadas à definição dos indicadores e do fluxo da informação. Na definição do fluxo da informação foram estabelecidas as periodicidades (normalmente semanais), as datas de coleta e envio (turno ou dia específico),

o cronograma de reunião do comitê (normalmente no dia seguinte à recepção e inserção dos dados no informe técnico), e a disseminação da informação (informes técnicos e instrumentos complementares).

No desenrolar do processo, importante também se faz definir a amplitude da divulgação, que pode ser restrita ao núcleo e aos gestores, interna (direcionada aos componentes do comitê) ou amplamente divulgada nos sites das secretarias, além dos indicadores de pessoa, tempo e lugar, por meio de um consolidado estadual de municípios em monitoramento estratégico, com destaque para internação, vigilância ambiental, mobilização, encaminhamentos e avaliação.

Semanalmente ocorre também, junto às áreas envolvidas, o acompanhamento de casos de emergências como enchentes. Para esse monitoramento são considerados como indicadores o número de desabrigados, desalojados e afetados; os municípios em estado de alerta/ calamidade; os eventos secundários ao desastre, como trauma e doenças infecciosas que exigem a elaboração do Plano de Contingência; e as ações realizadas.

O CIEVS possui também outras formas de monitoramento. No momento está sendo desenvolvido, apenas para o âmbito nacional, um trabalho com informações estratégicas em saúde por meio de um portal de informação com indicadores epidemiológicos, de alerta, gestão e serviço.

Por fim, é importante destacar que já foram realizadas no país experiências de monitoramento de possíveis emergências durante grandes eventos de massa, com os Jogos Pan-americanos Rio 2007, o Parapan Rio 2007 e o Fórum Social Mundial. Esses eventos podem ser considerados preparatórios ao se considerar a existência de novos desafios no horizonte, como a realização dos Jogos Mundiais Militares e das Olimpíadas, a serem realizadas no Rio de Janeiro, em 2011 e 2016 respectivamente, e da Copa do Mundo, ainda no Brasil, em 2014.

Sala de Situação em Saúde e Ambiente

*Daniela Buosi Rohlfs**

A sala de situação no âmbito do Setor Saúde é uma ferramenta essencial para as respostas em emergência de saúde pública, onde é proporcionado um espaço para disponibilização de dados, discussão e produção de informações para subsidiar a atuação dos atores envolvidos em determinados eventos, bem como a sua comunicação.

O objetivo de uma Sala de Situação em Saúde e Ambiente é organizar a atuação da Vigilância em Saúde em uma emergência, permitindo identificar ameaças, vulnerabilidades, recursos bem como promover a gestão de informações (instituições, imprensa e população), subsidiando a tomada de decisão, o planejamento (por meio da elaboração dos planos de preparação e respostas para emergência), buscando dividir responsabilidades de acordo com as atribuições de cada ator e priorizar as ações, sendo possível verificar a capacidade de resposta, organização e reestruturação. Além disso, a Sala de Situação em Saúde é um espaço de análise e avaliação das ações desenvolvidas para melhoramento dos processos de trabalho.

A saúde ambiental tem como área de atuação, regulamentada pela Instrução Normativa nº 1 de 2005, água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos; e ambiente de trabalho. Além disso, inclui os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos decorrentes da exposição humana a agrotóxicos, benzeno, chumbo, amianto e mercúrio.

A vigilância em saúde ambiental, na implementação de salas de situação, possui algumas especificidades inerentes ao seu objeto de trabalho. Para a definição de seu foco, é necessário o estabelecimento de critérios de relevância para definir os objetos, locais e eventos que serão monitorados, bem como de prioridades e normas para atendimento, sendo envolvida nesse processo a atuação em situações de exposição da população aos fatores ambientais que podem trazer risco à saúde.

* Engenheira Florestal, especialista em 'Gestão Integrada de Águas e Resíduos – Saneamento Ambiental' e mestre em 'Ciências Ambientais e Florestais'. Atualmente é Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde Ambiental/ Diretora Substituta do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Contato: daniela.buosi@saude.gov.br.

A análise de situação de saúde é imprescindível na definição de ações e de sua ordem de prioridade em uma sala de situação, abrangendo a articulação intersetorial e interinstitucional, recursos (humanos e materiais), orientação adequada, avaliação de danos que possibilitam respostas mais eficientes às necessidades identificadas. De igual importância se coloca para a preparação, estabelecendo quais informações são necessárias para detecção, antecipação e monitoramento de eventos, bem como para sua mitigação, monitoramento e controle.

Tal trabalho é considerado de grande desafio. A situação ideal é a antecipação aos eventos, o que ainda é considerado difícil de ser feito. Também deve ser lembrado que existem dificuldades para a operacionalização de uma Sala de Situação de Saúde em uma emergência em saúde pública nos estados, devido, inclusive, à dificuldade de realização de uma ação coordenada com a participação de vários órgãos. Ressalta-se nesse caso a importância do fortalecimento da articulação interinstitucional.

Na Vigilância em Saúde Ambiental está envolvida uma gama bastante ampla de áreas técnicas, que vão desde as ações de vigilância até a assistência à saúde. Destacam-se as ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos decorrentes de desastres que engloba os desastres de origem natural (Vigidesastres), os acidentes com produtos perigosos (Vigiapp) e a exposição humana aos fatores físicos (Vigifis), além das ações de vigilância epidemiológica, comunicação, logística, engenharia de saúde pública, educação em saúde, assistência farmacêutica, urgência e emergência, atenção básica, imunização, água para consumo humano, laboratórios de saúde pública, toxicologia e saúde mental. Todas essas áreas de atuação são envolvidas nas discussões, caso a caso, nos comitês de crises instituídos e são consolidadas, desde a notificação até a finalização do monitoramento pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância e Saúde (CIEVS).

A atuação da Saúde Ambiental em situações de desastres compõe as ações previstas no Sistema Nacional de Defesa Civil e, geralmente, é realizada em parceria com outros setores do Ministério da Saúde, bem como com outras instituições governamentais como o órgão ambiental e de defesa civil, federal, estadual e municipal. Um exemplo dos problemas detectados nessa atuação é a subnotificação e os registros falhos, muitas vezes, com ausência de dados imprescindíveis para subsidiar o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde.

A Sala de Situação em Saúde e Ambiente, em algumas situações, atua como coordenadora e articuladora das ações, mas também participa como colaboradora em atividades coordenadas por outros órgãos e instituições. Cita-se como exemplo o objeto de trabalho da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos Fatores Físicos (Vigifis) exposição crônica à radiação natural elevada ou exposição aguda em acidente radiológico nuclear; da Vigilância em Saúde Ambiental de populações expostas a contaminantes químicos

(Vigipeq), especialmente em casos de exposição crônica por substâncias específicas; da Vigilância em Saúde Ambiental dos acidentes com produtos perigosos (Vigiapp), nos casos de exposição aguda por acidentes com produtos químicos perigosos; e, pela Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos decorrentes de desastres de origem natural (Vigidesastres), especialmente em casos de inundações, secas, incêndios florestais.

Como exemplo da operacionalização da Sala de Situação e Saúde e Ambiente e de sua importância para o Setor Saúde, exemplifica-se a atuação em situações de desastres. Os desastres afetam a saúde de várias formas: causando mortes, ferimentos e doenças; excedendo a capacidade de resposta dos serviços locais de saúde; causando enfermidades psicossociais; afetando os recursos humanos de saúde; danificando ou destruindo infraestrutura de saúde e equipamentos; danificando ou destruindo sistema de saneamento; interrompendo os serviços básicos (luz, telefonia, transporte, etc.). É preciso ressaltar que existe, frequentemente, dificuldade para o restabelecimento dos setores afetados.

Os desastres de origem natural no Brasil, considerando os municípios que tiveram seus decretos de situação de emergência ou estado de calamidade pública pela Secretaria Nacional de Defesa Civil, no período de 2003 a 2008, apresentam um comportamento cíclico com a recorrência dos eventos nos mesmos estados com intensidades diferenciadas, o que ressalta a necessidade de organização do trabalho preventivo e na preparação e fortalecimento da capacidade de resposta dos estados e municípios.

Na Sala de Situação Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde é realizado um debate semanal a respeito de todos os eventos monitorados pelo CIEVS que se relacionam com a saúde ambiental. A atuação da Unidade de Resposta Rápida (URR) segue um fluxo que tem início com a notificação do evento ou identificação do problema por outras fontes de informação, sendo primeiramente verificado junto à Secretaria de Saúde seguindo com as etapas de resposta e monitoramento, se esse for o caso. Se necessário, podem ser deslocadas equipes técnicas para colaborar com a Secretaria de Saúde.

A Sala trabalha com fontes variadas de notificação. Há a fonte direta, por meio do disque-notifica (0800-644-6645) e do E-Notifica (notifica@saude.gov.br), com atualizações via FormSus e por meio de *clipping* e da pesquisa de rumores na mídia.

Dentre as ferramentas desenvolvidas no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador que apresentam informações relevantes e subsídios para a atuação da Sala de Situação de Saúde e Ambiente, destacam-se:

- Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PISAST) – tem por objetivo reunir, integrar e disponibilizar aos usuários dados e informações de interesse para a análise de situação de saúde.

- Inventário Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental do Brasil – apresenta vários resultados consolidados: inserção da Vigilância em Saúde Ambiental nos estados e nas capitais, possibilitando traçar um perfil da Saúde Ambiental no Brasil.
- Atlas Água Brasil – é um instrumento que reúne informações sobre água e saneamento, ajudando a sociedade a traçar um painel da água usada para consumo humano no país, estimulando o debate sobre a qualidade e cobertura dos serviços de saneamento.
- Mapas Interativos – trabalham com informações secundárias, permitem o cruzamento dos dados e fornecem um indicativo importante da vulnerabilidade de alguns municípios para ocorrência de eventos, devido à existência de vários fatores de risco. A construção de mapas de risco é importante, pois eles geram informações para a tomada de decisão e apontam para a necessidade de uma atuação mais pró-ativa nas localidades ameaçadas.
- Observatório Clima e Saúde – Estruturação de um observatório de saúde e mudança do clima estruturado em quatro eixos: análise e disseminação de informações entre meio ambiente, clima, saúde (epidemiologia) e modelagem para construção de cenários. Esse observatório disponibilizará os dados e informações necessárias para a análise e subsídio à tomada de decisão dos gestores além de possibilitar a comunicação tanto no âmbito governamental como junto à sociedade. São fontes de informação os dados dos: Sistemas de Informações Ambientais – imagens, queimadas, uso e cobertura do solo; Sistemas de Informações de Saúde (SIS) – notificações, internações, mortalidade, séries históricas; Sistemas de Informações Climatológicas (SIC) – dados brutos (precipitação, temperatura), previsões; e, Sistemas de Informações Socioeconômicas (SISE) – migração, população, vulnerabilidade.

As ferramentas citadas possibilitam uma gama ampla de informações para identificar as vulnerabilidades e identificar os cenários subsidiando a emissão de alertas e a preparação permitindo minimizar os efeitos negativos e o dano quando da ocorrência dos eventos.

Muitos são os desafios, entre eles estão o de incentivar a elaboração de planos locais de prevenção assim como a preparação e resposta às emergências; aperfeiçoar os programas de controle de doenças e agravos sensíveis ao clima; definir indicadores de monitoramento e impacto; fortalecer a capacidade de atendimento do SUS; apoiar a realização de pesquisas aplicadas à proteção da saúde; identificar as ameaças, vulnerabilidades e recursos para atuação do SUS; e, realizar o alerta precoce, conjugando previsões com o mapeamento de vulnerabilidade e os planos de contingência.



Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS – a atuação contínua, articulada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o PlanejaSUS deve ser entendido com estratégia relevante à efetivação do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento que, vale reiterar, compreende o monitoramento e avaliação.

*PlanejaSUS^{**}*

* Ministério da Saúde (Brasil), Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, p. 21.

CAPÍTULO IV: As Salas de Situação no Processo de Tomada de Decisões em nível Estadual

A Oficina de Trabalho abriu espaço para que instituições estaduais pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) pudessem socializar suas conquistas e linhas de ação no contexto da produção e análise da informação aplicada à tomada de decisão, por intermédio do instrumento Sala de Situação e iniciativas similares. Sob a coordenação do Dr. Ayrton Martinello* desfilaram ricas experiências desenvolvidas nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina, além do Distrito Federal, que subsidiaram a composição deste capítulo.

No Estado de São Paulo, a experiência do Observatório de Saúde da Região Metropolitana da capital – que abrange sete regiões de saúde e 39 municípios – é apresentada pelo Dr. Pedro Dimitrov. Essa iniciativa congrega múltiplos parceiros, entre eles o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, o COSEMS-SP, a Secretaria Municipal de Saúde da capital, a OPAS e a Fundação Sistema Estadual de Análise dos Dados (SEADE). O Observatório tem como eixos de atuação: as condições de vida e saúde; a capacidade instalada de serviços; o financiamento e o gasto; a força de trabalho em saúde; a gestão do conhecimento em saúde, além da participação e controle do SUS, cada um deles operacionalizado por um comitê temático.

O Dr. Helvécio Bueno (SES/DF) informa sobre a Sala de Situação de Saúde organizada e mantida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que oferece um panorama da situação sanitária do DF, abordando a demanda e oferta de serviços, inclusive os relativos à estratégia de Saúde da Família. A Sala compreende um conjunto de planilhas de preenchimento automatizado a partir dos sistemas de informação disponíveis, que apresenta dados referentes a cerca de 300 indicadores, com indicações para a sua interpretação e uso.

O Estado do Rio de Janeiro, representado pela Dra. Mônica Maria Rocha Clemente Machado (SES/RJ), apresenta uma experiência de Sala de Situação voltada especificamente para o controle da dengue. Está ativada desde janeiro de 2009, tem como âmbito de atuação 31 municípios do estado, e funciona de forma articulada com o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS).

* Coordenador Geral de Planejamento da SPO - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde.

O Estado de Santa Catarina, representado pela Dra. Ângela Blatt (SES/SC), apresenta uma experiência de Sala com foco na organização de instrumentos de gestão, particularmente o Relatório Anual de Gestão dos municípios do Estado. Oferece detalhamento para indicadores de programação físico-orçamentária e financeira, com recomendações para aprimoramento da gestão. Um sistema informatizado e manualizado, desenvolvido localmente, possibilita alimentação de informações pela Internet. Almeja-se ser a mesma um instrumento de avaliação do Pacto pela Vida.

Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo

*Pedro Dimitrov**

A Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) é composta por 39 municípios e caracteriza-se por grandes números. Tem uma população estimada em 19.777.084 habitantes (2009), área geográfica de 7.943 km² e densidade populacional de 2.490 hab./km².

Na área da saúde, em 2008, foram registrados: 898.869 internações, 380.141.556 procedimentos ambulatoriais e 20.307.879 doses aplicadas de imunobiológicos (cobertura de 73,63%). As Equipes de Saúde da Família, em fevereiro de 2009, acompanhavam 1.458.187 famílias. Conta com 15.169 estabelecimentos de assistência à saúde, dos quais 10.633 estão concentrados no município de SP (dados do CNES, março de 2009). Apresenta uma média de 2,3 leitos/mil habitantes; porém, com grandes desigualdades, considerando-se o padrão de 2,5 leitos/mil habitantes verifica-se que 32 municípios estão abaixo e apenas sete municípios estão acima desse número.

São muitos os desafios a serem enfrentados como: o baixo nível de ações articuladas entre os níveis federal, estadual, municipal e a sociedade civil, dificultando a implementação do Pacto pela Saúde; a ausência de políticas de gestão em saúde para as metrópoles, abrangendo regiões de saúde e colegiados de gestão regionais; e o baixo nível de organização e disponibilização do conhecimento técnico para definição de políticas integradoras dos municípios das RM.

O Observatório de Saúde é uma iniciativa interinstitucional e intergovernamental, sem fins lucrativos, instituído pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para defesa do interesse público e dos princípios e diretrizes do SUS.

* Especialista em Saúde Pública e em Medicina do Trabalho. É Mestre e Doutor em Saúde Pública. Atualmente é Professor do curso de Bioética para alunos da pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Membro da coordenação e professor do curso de Especialização em Saúde Coletiva da UNIFESP e Coordenador do programa de capacitação de conselheiros populares de saúde, projeto financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pelo Centro de Educação Permanente da Faculdade de Saúde Pública – USP. Contatos: Pedro Dimitrov pdimitrov@fundap.sp.gov.br.

O principal objetivo do Observatório é apoiar os espaços institucionais de articulação entre os diversos atores envolvidos na construção e implementação de políticas públicas de saúde no âmbito da RMSP. As quatro entidades constituíram o Observatório a partir do Protocolo de Intenções n.º 001/2003, publicado no Diário Oficial da União n.º 216, seção 3, em 06/11/2003.

O Observatório tem como entidades parceiras, por autoadesão, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) que sedia o Observatório e realiza o seu gerenciamento.

A estrutura operacional do Observatório de Saúde é constituída por Conselho Deliberativo, Secretaria Executiva, Conselho Consultivo e seis Comitês Temáticos abrangendo os seguintes eixos:

- 1) Condições de Vida e Saúde: refere-se ao conhecimento da situação de saúde e seus determinantes na vida da população residente na região metropolitana de São Paulo. Visa sistematizar as informações, definir e divulgar instrumentos de avaliação e monitoramento para subsidiar os gestores de saúde no planejamento e implementação da política pública.
- 2) Capacidade Instalada: diz respeito à rede física instalada e a produção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Pretende subsidiar os gestores de saúde no planejamento da alocação de recursos físicos, humanos e/ou tecnológicos, de forma a atender as demandas e necessidades do SUS nos diferentes territórios da Região.
- 3) Financiamento e Gasto: evidencia o padrão do financiamento e gasto do SUS realizado pelos municípios da região metropolitana de São Paulo, por meio de uma verificação do comportamento das finanças municipais, em geral, e da identificação de um padrão de gasto em saúde e das transferências federais e estaduais na pactuação do SUS.
- 4) Força de Trabalho em Saúde: aborda a formação, alocação e a educação permanente dos trabalhadores de saúde na região metropolitana de São Paulo, considerando as necessidades de saúde da sociedade, a oferta das instituições de ensino, a demanda e dinâmica do sistema utilizador da força de trabalho em saúde.
- 5) Gestão do Conhecimento: refere-se aos mecanismos e as propostas criadas para reduzir, de forma contínua, o tempo de apropriação do conhecimento produzido em saúde na rede de atenção e nos diversos Centros de Excelência e a sua aplicação pelos diversos atores envolvidos na atenção aos usuários, especificamente nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 6) Participação e Controle do SUS: disponibiliza um conjunto de informações passíveis de subsidiar a atuação dos Conselhos de Saúde e estimular o desenvolvimento de espaços institucionais de articulação para o encaminhamento de soluções dos problemas identificados na construção progressiva do Sistema Único de Saúde – SUS.

7) Para cada eixo temático existe um coordenador.

As atividades do Observatório são:

- Elaborar análises sobre temas da área da saúde tendo como base a região metropolitana de São Paulo, suas sete regiões de saúde e os 39 municípios que a compõem.
- Divulgar dados, informações e estudos, com ênfase para a RMSP, principalmente através do portal <http://www.observasaude.sp.gov.br>.
- Realizar seminários, oficinas de trabalho e outros eventos sobre temas de interesse para a atenção à saúde e gestão do SUS no âmbito da metrópole paulistana.

Dentre as estratégias de atuação, foram realizados seminários, como o ‘Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo: uma estratégia para o SUS’, e alguns eventos com temas transversais aos eixos temáticos, como “Atenção ao Câncer na RMSP” e “Saúde Mental na RMSP”. Iniciativas, com essas, têm como finalidade reduzir o tempo entre a produção do conhecimento e sua utilização na atenção e assistência à saúde no âmbito dos territórios municipais, regionais e metropolitano. Como exemplo, podemos citar o evento que abordou a saúde mental, quando foram apresentados os resultados de importante pesquisa realizada sobre morbidade psiquiátrica na RMSP, com divulgação em fóruns internacionais e publicação em língua inglesa, porém com pouco ou nenhum conhecimento por parte do conjunto de gestores municipais de saúde da metrópole. O Observatório também vem realizando a produção de algumas publicações virtuais e impressas.

O Observatório de Saúde passou por algumas fases. De 2004 a 2005, deu-se a sua implantação com o envolvimento do Governo Eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo na formatação de um Portal, com um formato matricial por municípios *versus* eixos temáticos, constituindo-se como uma preocupação inicial para disponibilização de dados.

Em 2006, foi estabelecida parceria com a FUNDAP, que disponibilizou a infraestrutura para o funcionamento do Observatório, além de desenvolver e hospedar a nova versão do Portal. Também foi estabelecida parceria com a OPAS/OMS, o que possibilitou o financiamento da iniciativa.

De 2008 a 2009, por meio do Ministério da Saúde e da interlocução com o Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAGD/SE/MS), foi estabelecido um convênio que possibilitou principalmente a incorporação do Pacto Pela Saúde e a mudança de plataforma do Portal do Observatório pela FUNDAP.

Os desafios do Observatório de Saúde podem ser esquematicamente caracterizados como de ordem:

- 1) Político-organizacional, que se relacionam à gestão compartilhada *versus* sustentabilidade.
- 2) Da inserção e legitimidade desse tipo de iniciativa na política institucional dos órgãos locais, regionais e estadual da saúde.
- 3) Da necessidade de diálogo permanente entre os pares e diferentes gestores.
- 4) Da constituição de parcerias para o seu funcionamento.

Colocam-se como desafios de ordem operacional a constante interface com a Diretoria Regional de Saúde (DRS1) e com os Colegiados de Gestão Regional (CGR) da Grande São Paulo; o acompanhamento do Plano Estadual de Saúde (PES/SP), dos Planos Municipais de Saúde, das metas estipuladas no Pacto pela Saúde em suas diferentes dimensões, das Programações Pactuadas e Integradas (PPIs) das 7 regiões de saúde; a identificação e fortalecimento do papel dos interlocutores municipais para realizar o intercâmbio entre o município e o Observatório e operar os respectivos *sites* dentro do Portal, e a consolidação da sua própria característica de servir como uma ferramenta para as Câmaras Técnicas dos CGR.

Sala de Situação do Distrito Federal*

Helvecio Bueno**

É possível trabalhar com dados da Sala de Situação no DF a partir de 2002. O DF, de acordo com os dados do IBGE, se configura como um único município, o que é um fator dificultador, considerando as diferenças existentes entre as regiões administrativas (nas cidades). É importante ressaltar que a SDSS possui um manual próprio, que orienta o preenchimento em cada um dos campos existentes. As orientações necessárias aparecem em janelas logo que se abre cada campo. Para facilitar a análise há um sistema de legenda em cores, com o verde para situação *boa*, amarelo para *regular* e vermelho para *ruim*. Também para as fontes de dados utilizados há distinção das cores, o que facilita a leitura e a interpretação das informações.

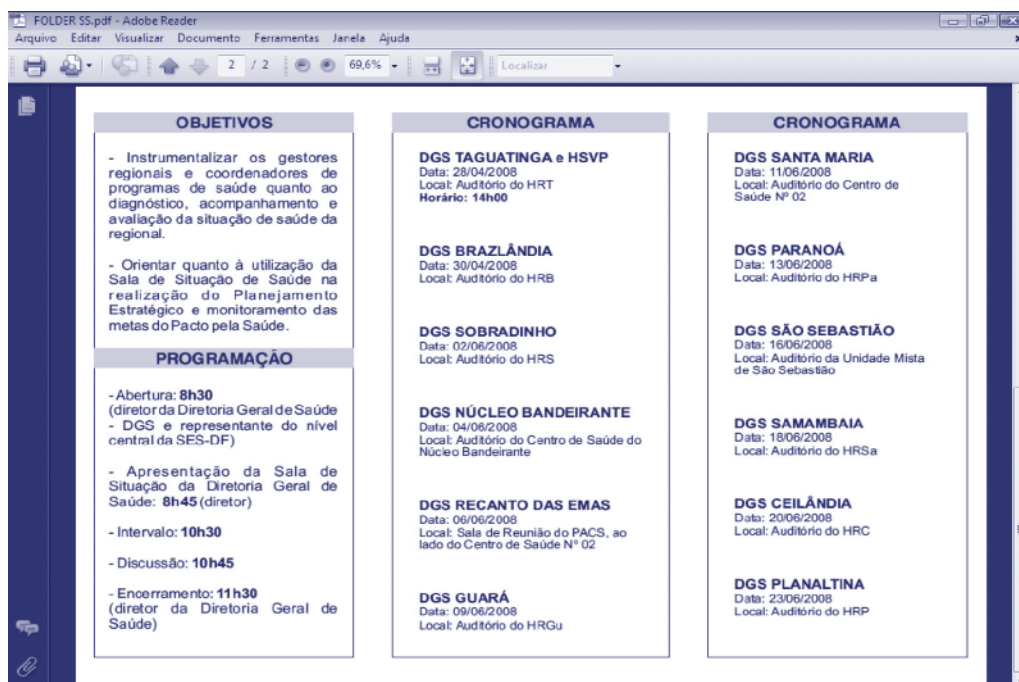
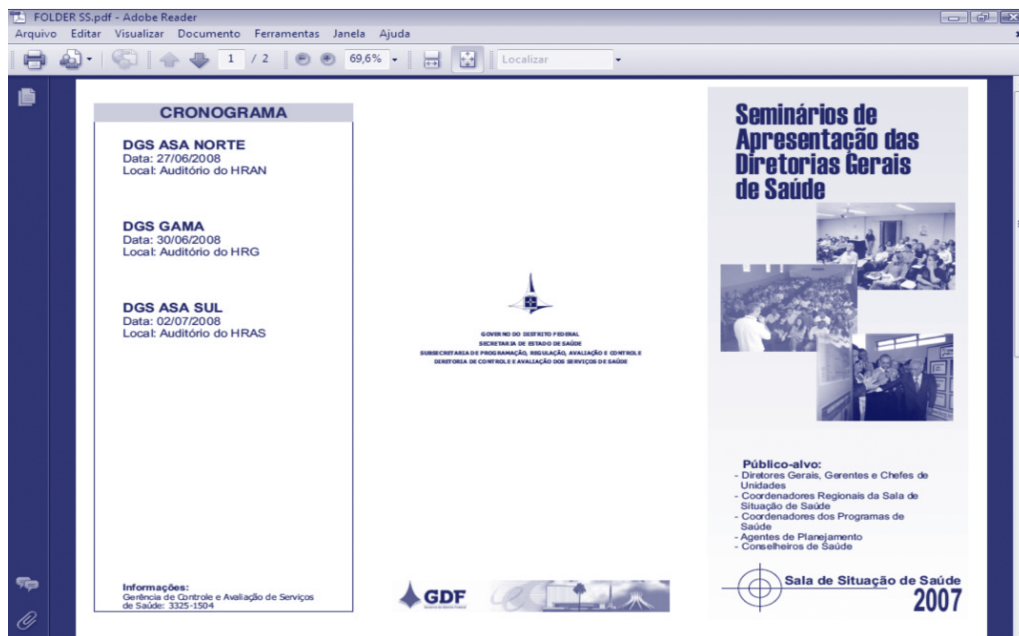


No Distrito Federal, a implantação da SDSS RIPSA se deu de forma descentralizada. Desde 2002 que cada Regional de Saúde e cada unidade básica de saúde produzem e

* Sala de Situação do DF segue o modelo RIPSA. O texto completo está disponível na página *web* das OPAS Brasil, em Projetos e Programas, em Informação em Saúde/Sala de Situação.

** Médico sanitário e Mestre em Saúde Coletiva. Responsável pela implantação do planejamento estratégico e sala de situação e informatização das unidades de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. É também Subsecretário de Programação, Regulação, Controle e Avaliação (SUPRAC) daquela Secretaria. Contato: helvecio@terra.com.br.

discutem a sua SDSS; conforme folder da programação das discussões de 2007, abaixo (frente e verso).



A seguir, o *slide* inicial da apresentação da DGS do Recanto das Emas:



Essas apresentações das DGS (Diretorias Gerais de Saúde) são precedidas pelas apresentações e discussões das SDSS de cada unidade básica de saúde da respectiva regional. Muitas decisões e priorizações são tomadas com base nessas discussões, além disso, são destacadas as falhas nos registros dos sistemas de informações detectadas por inconsistências de alguns indicadores.

A SDSS é constituída de um conjunto de planilhas e gráficos, abrange cerca de 300 indicadores, detalhados de acordo com ciclos de vida, com preenchimento automático, por meio do gerente da sala da SDSS (aplicativo), com dados provenientes dos sistemas de informação gerados pelas bases de dados nacionais.

Por ser um produto RIPSA a SDSS do DF tem seus indicadores com definições compatibilizadas com os divulgados no IDB (Indicadores e Dados Básicos do Brasil). Para cada planilha um conjunto de gráficos é apresentado para auxiliar a visualização e o entendimento dos principais problemas e avanços ocorridos no ano analisado.

A seguir, apresentaremos como exemplo, uma análise de algumas planilhas da SDSS de 2006 destacando os indicadores disponíveis, que oferece uma série de conclusões importantes, algumas delas peculiares ao DF, como seu crescimento populacional explosivo e problemas urbanos expressivos.

Demanda e oferta

A população geral do Distrito Federal para o ano foi estimada, pelo IBGE, em 2 milhões 383 mil 784 habitantes. As crianças menores de 1 ano representam 2% dessa população, gestantes 2,4%, idosos (60 anos e mais) do sexo masculino 2,4% e do sexo feminino 3%. As pirâmides etárias mostram um envelhecimento da população (gráficos 1.5 e 1.6) e a influência de alguns fatores como a diminuição da taxa de natalidade e do coeficiente de mortalidade infantil, bem como do processo migratório observado na população de adultos jovens.

Para essa população total, em termos de serviços de saúde, o Distrito Federal conta com 16 hospitais públicos próprios da Secretaria de Saúde (SES) e mais 3 conveniados, o Hospital das Forças Armadas, Hospital Universitário de Brasília e Sarah Brasília. Temos também, da rede própria do Distrito Federal, 114 Centros de Saúde/Unidades Básicas, 14 Postos de Saúde entre urbanos e rurais. Esse conjunto conta com 4 mil e 513 leitos próprios e 350 leitos conveniados, 1.185 consultórios próprios e 127 consultórios conveniados, 200 consultórios odontológicos e nenhum conveniado.

Do ponto de vista dos indicadores, o primeiro a ser discutido é a capacidade instalada de leitos por mil habitantes, cujo parâmetro considerado adequado pelo Ministério da Saúde é de 2 leitos para cada mil habitantes. O indicador do Distrito Federal é de 1,9 leitos por mil habitantes, aparecendo na cor amarela. Contabilizando os leitos conveniados somaríamos 0,1, passando o indicador a 2,0 leitos para cada mil habitantes, ficando, portanto, dentro do parâmetro considerado adequado para a população do Distrito Federal.

É importante ressaltar que a rede do Distrito Federal não interna somente paciente da população de abrangência do Distrito Federal, pois por ser um pólo regional é demandada, também, pela população dos municípios do Entorno que representam 23%, segundo dados coletados pela SES. Isso será melhor exemplificado na planilha de Atividades Realizadas, quando são detalhadas as internações.

O segundo indicador é a capacidade instalada para consultas ambulatoriais por habitante/ano. Pelo número de consultórios médicos próprios da Secretaria, poderiam ser realizadas 4,0 consultas por habitante/ano. O parâmetro para esse indicador preconizado pelo Ministério da Saúde é de 2 consultas por habitante/ano. Logo, pela capacidade física instalada, o Distrito Federal poderia oferecer um número maior de consultas do que o considerado mínimo necessário para sua população de abrangência.

Ao analisarmos a disponibilidade de profissionais para essas atividades, tanto para internações quanto para consultas ambulatoriais, verificamos que existem horas médicas suficientes, porém, o número de horas disponíveis para os consultórios é suficiente apenas para ocupar 92% dos consultórios. Aplicando esse percentual à capacidade instalada de 4,0, ela se reduz para 3,7 consultas por habitante/ano.

Considerando os parâmetros ligados a capacidade física de leitos, há um déficit de 255 leitos e ao número de médicos, com o parâmetro de 1 médico para cada mil habitantes, faltando 1.297 médicos para que o setor público preste o atendimento necessário a toda população do Distrito Federal.

Passando à população da área de abrangência do Programa de Saúde da Família, foram cadastrados 594 mil 952 habitantes, com um número de famílias cobertas de 135 mil 64 famílias. Esse número, quando comparado com o total estimado de famílias da população geral, que foi de 541 mil 153, mostra que, com 112 equipes existentes ao final do ano de 2006, o PSF cobria 7% das famílias totais existentes no Distrito Federal. Portanto, a planilha sugere ao gestor a necessidade de contratar 429 equipes para ter a cobertura total do PSF.

Atividades realizadas

Considerando as internações de residentes no Distrito Federal na rede pública, foram realizadas 138 mil e 646 internações. Isso produziu um indicador por mil habitantes de 58,2 internações, sendo o esperado entre 80 e 90 internações. Levando em conta o quantitativo de pessoas internadas não residentes no Distrito Federal, que são 42 mil e 475 internações, correspondendo a 23% do total de internações realizadas, observa-se que o parâmetro adequado seria atingido.

Por áreas de internação, a pediatria corresponde a 17% do total, a clínica médica 27%, a cirúrgica 23% e a ginecologia/obstetrícia 29%. Das internações de ginecologia e obstetrícia os partos contribuíram com 76%.

Na pediatria são destacadas as internações por pneumonia, por desidratação e diarreia. Esses indicadores foram selecionados do conjunto de indicadores do pacto da atenção básica para acompanhamento da qualidade e da capacidade da rede em termos da atenção primária. Vemos que no Distrito Federal o coeficiente de internações por pneumonia e outras afecções respiratórias foi 25,3; o coeficiente de internações por desidratação ou diarreia foi 8,62, sendo o parâmetro tolerável, nos dois casos, menor do que 10 internações por doença para cada mil crianças menores de 5 anos. É possível a sua redução a zero, pois ambas são internações evitáveis quando ações de atenção básica são realizadas de forma efetiva.

Na clínica médica, o destaque é feito para internações por acidente vascular cerebral na população adulta, na faixa de 40 anos e mais. Aqui aparecem 1 mil 415 internações por essa causa, gerando um coeficiente de 26 internações por 10 mil habitantes nessa faixa etária. Esse indicador está em vermelho, mostrando que, no Distrito Federal, esse quantitativo de internações por AVC está acima do aceitável (inferior a 15). Cabe destacar que essas internações poderiam ser evitadas com o controle adequado da hipertensão arterial.

Na ginecologia e obstetrícia são destacadas a laqueadura tubária e as curetagens pós-aborto. No caso das curetagens, o indicador utilizado é sobre mil mulheres em idade fértil. Em 2006 atingiu-se 4,7 curetagens para cada mil mulheres em idade fértil. Isso não dá uma estimativa da quantidade de abortos ocorridos nessa população, pois só se referem aos atendimentos na rede pública do SUS.

Na obstetrícia são destacados os partos. Foram realizados na rede pública 34 mil e 124 partos, sendo 34% de partos cirúrgicos mostrando que a taxa de cesariana da rede pública está ascendente, passando de 27% em 2001 para 34% em 2006. Alterando a fonte dos dados para o Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, esse agrega os partos do setor privado, elevando a taxa de cesariana, de 34%, para 48%, mostrando que no setor privado há predominância de partos cirúrgicos.

Em relação às consultas, observamos que o indicador por faixa etária não permite uma análise significativa dos dados. Em 2006, 44% das consultas realizadas não registraram a faixa etária atendida. Isso mostra a fragilidade do SIA e da falta de qualidade no seu preenchimento.

No total de consultas realizadas por profissionais de nível superior, temos 7 milhões 090 mil 829 consultas, com o quantitativo por habitante ano de 3,0 consultas. O total de consultas médicas ficou em 5 milhões 625 mil e 371 consultas, reduzindo, então, o quantitativo de consultas por habitante/ano para 2,4. Vimos na planilha de Demanda e Oferta uma capacidade instalada física de 4,4 consultas por habitante/ano. Esse era o potencial de produtividade pela estrutura física. Essa redução pode ser devida a afastamentos por licenças médicas e outras, como também pelo não cumprimento da determinação de se atender, em média, 4 consultas por hora.

Na distribuição das consultas médicas ambulatoriais básicas, especializadas e de urgência e emergência, os percentuais foram de 36%, 22% e 42%, respectivamente. Os parâmetros aplicados nos mostram que para os atendimentos básicos deveríamos ter cerca de 65% dos atendimentos sendo realizados nessa área, e só temos 36%. Na parte de urgência e emergência, que deveria ficar entre 15% e 20%, tem-se 42% dos atendimentos. Isso sugere primeiro, que o atendimento na atenção básica não vem sendo realizado adequadamente podendo ser devido à baixa cobertura do Programa de Saúde da Família, que em 2006 cobria apenas 7% das famílias do Distrito Federal. Em segundo, que há falta de profissionais para o atendimento ambulatorial, responsáveis principalmente pelo atendimento básico.

Quanto ao atendimento emergencial dois fatores contribuem para que o percentual desse atendimento se eleve: primeiro a baixa resolubilidade da atenção básica leva as pessoas ao atendimento nas emergências, segundo, seria a população do Entorno do Distrito Federal que procura atendimento no DF, principalmente de urgência e emergência.

Na odontologia, apenas dois indicadores são mostrados na Sala de Situação: o número de primeiras consultas odontológicas e seu percentual na população, que está em 6%, e, o número de procedimentos coletivos para a faixa etária de 0 a 14 anos, cujo percentual alcança 3%. Esse primeiro percentual de 6% mostra a dificuldade de acesso da população ao atendimento odontológico.

A Secretaria de Saúde reconhece que a estrutura disponível não é suficiente para o atendimento da população.

Ao discutirmos esse assunto com as equipes de saúde bucal dos centros de saúde, verifica-se que um dos problemas está na falha do registro dos dados, porque grande parte dessas ações coletivas é realizada nas escolas e, nesse caso, acabam não sendo lançadas no Sistema de Informações Ambulatoriais. Portanto, a realidade desse dado deve ser bem superior ao que aparece na planilha.

As visitas domiciliares são realizadas por profissionais das unidades básicas de saúde e, especificamente no Distrito Federal, há o programa denominado Serviço de Atendimento Médico em Domicílio – SAMED. Conta-se também com visitas de vigilância epidemiológica de faltosos a vacinas. Logo, há uma quantidade de visitas realizadas pelas equipes dos centros de saúde e as visitas realizadas pelas equipes do PSF, que trabalham exclusivamente com visitas domiciliares, o que justifica essa grande quantidade de visitas realizadas.

Ao analisarmos as visitas domiciliares o dado proveniente do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) resultou em 1 milhão 79 mil e 609 de visitas no ano. O indicador referenciado nessa planilha foi criado para o Programa de Saúde da Família que é o número de visitas mensais por família. No caso do SIA, o indicador é muito pequeno e fica próximo de zero (0,1). Quando distribuídas por profissionais, temos que 7% delas foram realizadas por profissionais de nível superior, 10% pelos de nível médio e 83% por agentes de saúde. No entanto, ao alterarmos a fonte de informações do SIA para o SIAB vemos um total de 1 milhão 568 mil e 245 visitas. Aqui observamos uma falha no lançamento para o Sistema de Informação Ambulatorial, porque toda produtividade realizada pela equipe de saúde da família deveria também ser lançada no Sistema de Informação Ambulatorial, que é o sistema que gera o faturamento da Secretaria de Saúde. Essa é uma falha bastante grave identificada pela Sala de Situação.

O indicador de acompanhamento da atividade do PSF mostra que foi realizada em média 1 visita para cada família a cada mês, sendo adequado esse parâmetro de visitas por família. Sua distribuição no SIAB ficou em 4% realizadas por profissionais de nível superior, 4% por profissionais de nível médio e 91% pelos agentes comunitários de saúde. Tais dados mostram a atuação desses profissionais nas áreas de abrangência do PSF.

O último item dessa planilha se refere aos exames complementares. Temos um total de 9 milhões 999 mil 555 exames realizados. O indicador trabalhado nesse caso é exame por consulta realizada. Espera-se 1 exame para cada 2 consultas realizadas, sendo o valor ideal entre de 0,5 e 0,7. Esse indicador no Distrito Federal ficou em 1,41 exames por consulta realizada, mostrando que está muito acima do parâmetro, havendo um excesso de realização de exames complementares. Ao analisarmos os exames por tipo, observamos que todos ficaram acima do parâmetro esperado. Para os exames de patologia clínica serão considerados bons (verde) valores entre (0,15 e 0,30) e, provavelmente, esses exames foram os responsáveis pela rede pública do Distrito Federal ter ultrapassado o parâmetro esperado (0,5 exames por consulta médicas/outras). Ao buscarmos as possíveis causas deparamos com algumas situações como o pedido excessivo de exames pelo profissional, que, ao atender o paciente em tempo bastante exíguo, solicita todos os exames possíveis e aguarda os resultados para concluir o diagnóstico. Com a demora na vinda desses resultados, esse paciente retorna ou procura outro profissional de outro centro de saúde e novamente são solicitados todos os exames, contribuindo ainda mais para o grande número de exames solicitados.

Epidemiologia I

Essa é uma planilha de distribuição mensal dos dados referentes aos casos dos agravos de notificação compulsória notificados e confirmados.

Destacam-se alguns totais de casos confirmados no ano que seriam os 20 casos de coqueluche, 150 de hepatite B, 6 de rubéola e síndrome de rubéola congênita e 122 de sífilis congênita, sendo os dois últimos valores bastante preocupantes por serem casos evitáveis no pré-natal. A ocorrência dos casos sífilis congênita mostra falha nos exames realizados no pré-natal. Ao discutir esse aspecto com as regionais identifica-se que em determinados períodos houve falta dos reagentes para a realização do VDRL, impossibilitando diagnosticar a doença e o tratamento da mãe.

Encontramos, ainda, 326 casos de dengue, 43 de malária, 3 mil e 835 doenças sexualmente transmissíveis e 593 de AIDS.

Visualizado os gráficos, esses mostram a característica da curva da doença no período.

Um gráfico bastante interessante é o que se refere às Doenças Exantemáticas, pois foram 186 casos notificados com 85% investigados até 48 horas, mostrando a efetividade do trabalho feito pelas regionais de saúde e pelas equipes de vigilância da Secretaria de Saúde.

O gráfico da sífilis congênita sofreu uma pequena elevação no mês de maio, o que não alterou a homogeneidade da distribuição mensal. Igualmente, as demais doenças sexualmente transmissíveis apresentaram uma distribuição homogênea durante o ano.

A dengue se destaca pela sazonalidade, com uma curva bastante elevada nos primeiros meses do ano e uma redução acentuada a partir do mês de maio, chegando a poucos casos no final do ano. O período de maior risco está na época das chuvas, no verão, em que há uma reprodução maior do mosquito vetor e maior transmissão da doença, mostrando a necessidade de que cuidados sejam tomados pela população para evitar que essa curva continue se repetindo ano após ano.

Situação sanitária

Essa planilha foi elaborada a partir da ficha de registro da situação sanitária do Programa de Saúde da Família, portanto, aplicável somente à área de abrangência do PSF e PACS, lembrando que no Distrito federal essa abrangência no ano de 2006 foi de 25% do total das famílias.

Houve um total de 149 mil e 697 domicílios, dos quais 95% são de tijolos. Destaca-se a existência de 3% de domicílios de madeira e 1% de material aproveitado. Ressaltamos que o critério de implantação do PSF é que ele seja iniciado nas áreas mais carentes. Ainda assim, quanto ao número de cômodos, temos 79% desses domicílios com 4 ou mais cômodos, 12% com 3 cômodos, 6% com 2 cômodos e 2% com apenas 1 cômodo.

Quanto ao abastecimento de água, 89% desses domicílios são ligados à rede geral e 11% a poço ou nascente. Quanto ao esgoto, 81% dos domicílios possuem sistema de esgoto, 19% com fossa ou privada, e menos de 1% a céu aberto. Quanto ao destino do lixo, 94% são coletados regularmente, 5% enterrados ou queimados e ainda permanece 1% a céu aberto. Ao retratar graficamente, essa boa condição sanitária do Distrito Federal se destaca quando comparada com as demais regiões do País, mas mesmo assim encontram-se pequenas áreas de risco, com esgoto e lixo a céu aberto e domicílios sem abastecimento de água pela rede geral. Portanto, apesar das boas condições do Distrito Federal, ainda existem áreas de risco na região.

Por fim, é importante enfatizar as potencialidades desse instrumento, que é bastante flexível para a inclusão de novos indicadores e a criação de planilhas específicas de acordo com as demandas dos gestores de saúde.

Sala de Situação no Estado do Rio de Janeiro

*Mônica Maria Rocha Clemente Machado**

No Estado do Rio de Janeiro a Sala da Situação da Dengue (SSD) foi inaugurada em janeiro de 2009, com o principal objetivo de preparar uma resposta coordenada e fortalecer a vigilância e a articulação entre as três esferas de gestão do SUS na execução e monitoramento das ações de controle da dengue, como também fortalecer o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC).

Nesse contexto, as três esferas de gestão passaram então a monitorar a evolução desse agravo durante todo o verão (SSD Verão 2009), a partir dos Programas de Controle da Dengue e apoiadas pelos CIEVS das respectivas esferas.

Nesse processo, uma avaliação foi realizada no período de 1.º de janeiro a 22 de abril de 2009, onde foram priorizados 31 municípios pelo Programa Estadual de Dengue do Estado do Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Armação de Búzios, Barra do Piraí, Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campo dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Macaé, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Parati, Queimados, Resende, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Silva Jardim, Tanguá, Três Rios e Volta Redonda.

Como fontes de informação foram utilizados os Serviços de Vigilância em Saúde das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) priorizados, SESDEC/RJ e os rumores da mídia. Os indicadores avaliados foram:

- a) Em vigilância epidemiológica: taxa de incidência e casos de dengue por SE (diagrama de controle); casos graves; óbitos suspeitos; diagnóstico laboratorial, visando à confirmação sorológica; e monitoramento de sorotipos circulantes.

* Médica e Mestre em Saúde coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, com área de concentração em epidemiologia. Tem ainda com foco de pesquisa, Informação em saúde e Vigilância epidemiológica. Atualmente é diretora do Centro de Informações Estratégicas (CIEVS) na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Contato: m.machado@saude.rj.gov.br

- b) Em vigilância ambiental: índice de infestação predial por meio do Levantamento de Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA); proporção semanal de imóveis visitados por área de risco; e, relatório semanal de ações de bloqueio.
- c) Em assistência: acompanhamento semanal de internações em hospitais-sentinelas do município do Rio de Janeiro; e, central de regulação de leitos do estado.
- d) Em mobilização social: por município eleito como prioritário; por bairro do município do Rio de Janeiro, sendo realizado monitoramento de informações de emergências na mídia, em tempo real, com enfoque principal para dengue (rumores).

As análises, encaminhadas semanalmente através de Informe Técnico, serviram de embasamento para os gestores no planejamento de ações de controle oportunas.

No processo foram notificados, ao todo, 150.668 casos em 2008 e 6.425 até a 14.^a semana epidemiológica.

Quanto aos resultados encontrados, no tocante à vigilância ambiental e entomológica, registra-se que o município em situação de risco no RJ, apesar do IIP considerado alto, manteve incidência baixa (29,6 casos por 100.000 habitantes); 18 municípios ficaram em situação de alerta; 8 municípios permaneceram com índices satisfatórios (Angra dos Reis, Itaboraí, Resende, Silva Jardim, Três Rios, Magé, Mesquita e Nilópolis); e que, em 4 municípios, não houve informação do LIRAA 2009 (Itaperuna, Niterói, Parati e São João de Meriti). Também é preciso ressaltar que, somente após a 10.^a semana, houve atualização dos informes quanto ao IIP de vários municípios, impossibilitando ações em tempo hábil. A adesão atingiu um percentual de 68%.

No gráfico comparativo LIRAA, observa-se que 11 municípios tiveram redução nos índices de infestação predial; 16 tiveram aumento nos índices; quatro não fizeram ou não enviaram as informações; e, dos 16 que tiveram aumento nos índices, apenas Duque de Caxias e Mesquita tiveram a cobertura satisfatória acima de 80%. Também merece ênfase o fato de que, dos municípios elencados para a Sala de Situação, 10 não enviaram nenhuma informação relativa à atividade de campo realizada.

Em relação à vigilância laboratorial, verifica-se que, em 2008, o vírus DENV2 circulou por todos os municípios que realizaram isolamento viral, com a predominância de 86%. Em 2009, das 507 amostras para isolamento viral, não houve isolamento positivo e, das 45 amostras para PCR, 4 foram positivas para DENV2 (Barra do Piraí, Niterói, um caso importado de Porto Seguro/BA e atendido no município do Rio de Janeiro, Japeri). Das 1.919 amostras enviadas ao LACEN para sorologia, 89% (1.711) tiveram sorologia negativa, 9,7% (184) foram positivas e 1,3% (24) inconclusivas. Os dados disponíveis no SINAN mostram que foram realizadas 884 sorologias e a positividade foi de 28,6% (253).

O resumo da situação epidemiológica (semanas 1 a 14, ano 2009) aponta como taxa de incidência de dengue 40,82 casos por 100.000 habitantes em todo o estado e 108 casos de internações. De 22 óbitos notificados, apenas um continua em investigação, três foram confirmados laboratorialmente (DCC) e os sorotipos predominantes foram DENV2.

Para identificar as oportunidades, as ameaças, os pontos fortes e os pontos fracos do ambiente organizacional da SSD, foi utilizado o método SWOT.

A matriz SWOT é composta pelas iniciais de quatro palavras no idioma inglês: *strength* (força); *weakness* (fraqueza); *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças).

Em **avaliação** realizada, foram considerados **pontos fortes da experiência**:

- a) Em regulação e assistência: definição e adesão dos hospitais-sentinela no envio de informações para monitoramento da tendência dos casos internados; envio sistemático das informações referentes aos hospitais-sentinela; e, empenho do município do RJ na operacionalização do fluxo estabelecido com os hospitais-sentinela.
- b) Na vigilância epidemiológica: possibilidade de sistematização dos fluxos de informações; avaliação compartilhada dos óbitos e casos graves entre a vigilância epidemiológica da SESDEC e os municípios, para classificação e conclusão das investigações epidemiológicas; e, recebimento semanal do banco de dados do SINAN pela SSD – Verão 2009, a partir de fevereiro, e sua consolidação como instrumento de informação/banco de dados.
- c) Na vigilância ambiental: uso de indicadores para acompanhamento semanal da cobertura do trabalho de campo, com visita casa a casa e bloqueio de transmissão; atualização dos IIP obtidos por meio do LIRAA, sinalizando situações de risco; uso dos dados da SSD para subsidiar o planejamento das ações, com envio de equipamentos e recursos humanos para ações de bloqueio; assessoria da SESDEC (vigilância ambiental), *in loco*, nos municípios com situação de risco evidenciada por meio da análise dos dados; e, envio do relatório de visita técnica para os gestores e SSD. Importante ressaltar o fato de que a equipe de vigilância ambiental foi testada, como forma de exercício, para verificar sua capacidade de resposta em um momento emergencial.
- d) Na vigilância laboratorial: articulação com a FIOCRUZ para processar amostras dos casos graves; envio regular dos dados; presença dos técnicos em todas as reuniões ampliadas do LACEN para SSD; e, análise de pontos críticos (falta de oportunidade na coleta, envio ao LACEN e acondicionamento).
- e) Em relação à mobilização social e comunicação: consolidação das atividades de mobilização social desenvolvidas pelos municípios em monitoramento; participação das equipes de comunicação nas reuniões ampliadas; e, resposta coordenada, com informe padronizado, melhorando a comunicação com a imprensa.
- f) Nos aspectos administrativos, quanto a recursos humanos, infraestrutura e logística: vontade institucional nas três esferas de governo; estrutura física da defesa civil, com

ambiente agradável para o trabalho; transporte para a equipe permanente de trabalho; envio regular do informe técnico para todos os municípios em monitoramento; acompanhamento oportuno das informações; integração entre as equipes, inclusive com a Central de Regulação de Leitos; compromisso da equipe ampliada e permanente.

- g) Nos aspectos gerais: identificação dos pontos frágeis das estruturas municipais e da própria estrutura das vigilâncias da SESDEC/RJ; oportunidade de estruturação dos dois CIEVS do Rio; definição e padronização de indicadores e instrumentos para coleta de dados; análise regular dos dados e elaboração de informe técnico semanal para subsidiar os gestores das três esferas de gestão do SUS; participação ativa da equipe da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, com assessoramento técnico aos municípios em situação de risco; e, realização de reunião semanal, com a participação de representantes de todos os órgãos e setores envolvidos na vigilância do agravo, para avaliação do informe técnico e discussão dos encaminhamentos necessários.

Os pontos fracos identificados na experiência foram:

- a) Na regulação e assistência: ausência de representantes do departamento de assistência da SESDEC/RJ e da SMSDC do município do Rio de Janeiro; e, representação amostral, pois os dados nem sempre permitem identificar o paciente para investigação.
- b) Na vigilância epidemiológica: falta de adesão de alguns municípios; não-investigação dos óbitos segundo fatores de risco; e, inviabilidade de acompanhamento paralelo dos casos graves antes de seu encerramento, no SINAN, em situações epidêmicas.
- c) Na vigilância ambiental: falta de adesão da maioria dos municípios.
- d) Na vigilância laboratorial: demora na implantação do NS1 para triagem das amostras e isolamento viral dos municípios escolhidos.
- e) Em relação à mobilização social e comunicação: disponibilização do informe técnico na íntegra à mídia, contrariando a pactuação feita com os municípios.
- f) Nos aspectos administrativos, infraestrutura e logística: mudanças nos fluxos da Sala de Situação, com envio de versões preliminares antes da reunião ampliada; indefinição do papel da Sala de Situação quanto ao registro de falhas no processo de implantação e funcionamento da SSD; dificuldades nos processos para melhoria da infraestrutura e operacionalização da SSD; falta de estrutura por parte do CIEVS para coordenação da SSD; falta de convite para participação da equipe do SINAN nas reuniões ampliadas; demora na instalação dos telefones fixos e não-instalação do 0800; e, ausência de dados em rede com acesso a todos da SSD.

A experiência da implementação da Sala de Situação também evidenciou algumas oportunidades:

- a) Na regulação e assistência: envolvimento dos hospitais-sentinelas do município do Rio de Janeiro, com envio regular dos dados.
- b) Na vigilância epidemiológica: boa adesão no envio dos dados por parte da maioria dos municípios em monitoramento.
- c) Na vigilância laboratorial: interesse em participar do protocolo do NS1, com a definição de unidades-sentinelas para isolamento viral nos municípios participantes.

Algumas ameaças também foram identificadas:

- a) Na vigilância epidemiológica: notificação, por alguns municípios, fora dos critérios de caso suspeito de dengue; informação, de forma paralela, de dados extraídos do Boletim de Atendimento; desrespeito, em alguns municípios, aos fluxos definidos para notificação e investigação dos casos; inexistência de SVO no município do Rio de Janeiro; inviabilidade de disponibilizar um profissional exclusivo para a SSD, segundo observação da SMSDC/RJ; e, uso de muitos dados, de fontes diversas, gerando dificuldades na consolidação.
- b) Na regulação e assistência: ausência de representantes da assistência SESDEC nas reuniões ampliadas.
- c) Na vigilância ambiental: informações deficientes e defasadas do Índice de Infestação Predial (IIP), pois alguns municípios não fizeram o LIRAA em 2009 e outros, embora o tenham feito, não disponibilizaram os dados.
- d) Na vigilância laboratorial: centralização das sorologias no LACEN, o que ocasionou sobrecarga e dificuldades para envio das amostras; má qualidade das amostras enviadas, com falhas nas condições de envio e armazenamento; envio tardio de amostras (prazo entre coleta/envio); e, uso de teste rápido para diagnóstico de dengue, a despeito das recomendações técnicas, inclusive para descartar óbitos suspeitos.
- e) Em relação à mobilização social e comunicação: não foi testada a comunicação com a imprensa na divulgação de dados oficiais, pois a demanda da imprensa diminuiu quando a doença se mantém em níveis endêmicos.
- f) Nos aspectos administrativos, infraestrutura e logística: falta de pessoal capacitado em vigilância epidemiológica, ambiental e laboratorial e em mobilização social em grande parte dos municípios participantes do monitoramento; e, implantação tardia das linhas telefônicas.
- g) Nos aspectos gerais: baixa adesão dos municípios ao encaminhamento regular e padronizado dos dados conforme pactuação e mudança de governo no momento de reestruturação das equipes e das SMS.

Da vivência desse complexo e rico processo, algumas sugestões podem ser apresentadas:

- definir fluxo diferenciado de envio de amostras de pacientes prioritários: ≤ 12 anos e ≥ 65 anos; incluir os dados referentes a comorbidades e gestantes na planilha da

URR-LACEN; investir no SINAN como sistema de informação, fortalecendo a necessidade de capacitação e recursos para garantia desse sistema nos municípios;

- capacitar, de forma continuada e permanente, as equipes das diversas áreas (vigilância epidemiológica, ambiental e laboratorial) das SMS; preparar a assistência (capacitação para médicos e enfermeiros, definição de hospitais de referência e leitos disponíveis) dos diversos municípios, tendo em vista a tendência de ocorrência de casos graves também no interior do estado; envolver ativamente a coordenação estadual do SINAN e o representante da assistência nas reuniões ampliadas; simplificar os dados utilizados pela SSD e realizar sua consolidação em bancos que permitam tabulação mais fácil e ágil; manter a produção quinzenal do informe técnico da VE/SESDEC; e, constituir o Comitê Permanente de Emergências, com reunião semanal, para monitoramento de eventos na Lista de Verificação de Emergências do CIEVS/SESDEC-RJ e CIEVS/SMS/RJ.

No caso da dengue, coloca-se como sugestão quanto aos indicadores relacionados ao aumento de casos notificados acima dos limites esperados a realização do diagrama de controle; o aumento da proporção de positividade de amostras sorológicas; e a atualização da situação de risco evidenciada pelo LIRAa.

A equipe de elaboração da avaliação da SSD foi composta por membros da Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Sala de Situação no Estado de Santa Catarina

*Ângela Maria Blatt Ortega**

Para abordar a Sala de Situação é fundamental evidenciar os instrumentos de gestão do SUS e de planejamento de Governo que são: o Plano de Saúde, o Relatório Anual de Gestão, a Programação Anual de Saúde, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA), bem como a deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – SC, em reunião n.º 28 de 2009, e as Resoluções do Conselho Estadual de Saúde (CES) n.º 03, de 2004, e 07, de 2009.

Integram a legislação do SUS a Portaria GM n.º 3.332, de 2006, que dispõe sobre orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS; a Portaria GM n.º 3.176, de 2008, que aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União; as Deliberações da CIB SC n.º 28 de 2009 e as Resoluções CES n.º 03 de 2004 e n.º 07 de 2009, além da Lei 8.142/90, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é a sistematização de informações sobre os resultados obtidos em um ano de governo, funcionando como prestação de contas, uma vez que estabelece a correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos (Brasil, 2006). O Relatório possibilita o acompanhamento da aplicação dos recursos à programação aprovada, fornece subsídios para a avaliação e consequente revisão do Plano de Saúde, e, favorece a tomada de decisão. Para tanto, é indicado que os seguintes itens componham o RAG: resultado da apuração dos indicadores; análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e, recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores e reprogramação).

Para o Estado de Santa Catarina estabeleceu-se um roteiro aprovado na CIB para o RAG 2008 onde foram disponibilizadas informações sobre o controle social e participação popular; indicadores do Pacto pela Saúde (metas pactuadas); demonstrativo de execução

* Enfermeira e Mestre em Saúde Pública com linha de Pesquisa em Avaliação em Saúde. É Gerente de Planejamento do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Professora da Universidade do Vale do Itajaí – Campus Biguaçu para o curso de graduação em Enfermagem. Contato: angelablatt@saude.sc.gov.br

das ações anuais do Plano Municipal de Saúde; demonstrativo orçamentário; transferência fundo a fundo; e recomendações.

As informações citadas estão disponíveis na página da SES no endereço eletrônico www.saude.sc.gov.br, e os relatórios municipais e estaduais estão disponibilizados na íntegra dentro desse mesmo *site* no *link* do controle social ou no endereço: <http://controlesocial.saude.sc.gov.br>.

Dentro desse contexto, torna-se importante que o Município e Estado compreendam que o Relatório de Gestão é um instrumento de acompanhamento do Plano de Saúde. Ele revela o demonstrativo da execução das ações anuais do Plano Municipal de Saúde, metas anuais (previstas e realizadas) e recursos orçamentários.

Acompanhando o Pacto pela Saúde – contribuições da Sala de Situação

Em relação ao Pacto pela Saúde, no relatório de gestão estadual e municipal é realizada análise financeira de cada bloco de financiamento, conforme a Portaria GM 204 de 2006. No tocante ao Pacto pela Vida e de Gestão, é possível avaliar o desempenho em relação as metas pactuadas (prioridades e objetivos) comparando com a meta estadual e avaliando o desempenho desses indicadores numa série histórica através do ‘caderno do pacto’ ou ‘tabnet do pacto’, criado pela SES para auxiliar a avaliação dos mesmos. Essa avaliação foi definida como sendo um dos itens dos relatórios anuais de gestão.

No que diz respeito às linhas definidas em cada plano de saúde, foram desenvolvidas planilhas específicas no relatório de gestão para que as mesmas possam ser avaliadas. O Estado estabeleceu um mecanismo que permite o cumprimento de cada meta por linha descrita no Plano Estadual, sendo que as metas avaliadas como grau I e II, ou seja, grau de cumprimento igual ou inferior a 50%, devem ser justificadas no relatório, readequadas e avaliadas para a programação do ano seguinte.

Em relação à participação com ações e serviços públicos de saúde na receita de impostos líquida e transferências constitucionais legais, por exemplo, é possível visualizar, dentre outras informações, a participação de despesas com investimento na despesa total de saúde; a despesa total com saúde sob responsabilidade do município por habitante; a participação da receita própria aplicada em saúde conforme a Emenda Constitucional 29/2000; e, a participação da despesa com medicamentos e pessoal na despesa total de saúde. Também é possível acompanhar o demonstrativo de transferências direta fundo a fundo federal e estadual, e ainda visualizar os sub-blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, gestão do SUS e vigilância em saúde), os programas, os valores repassados e utilizados e a justificativa de como foram utilizados esses recursos.

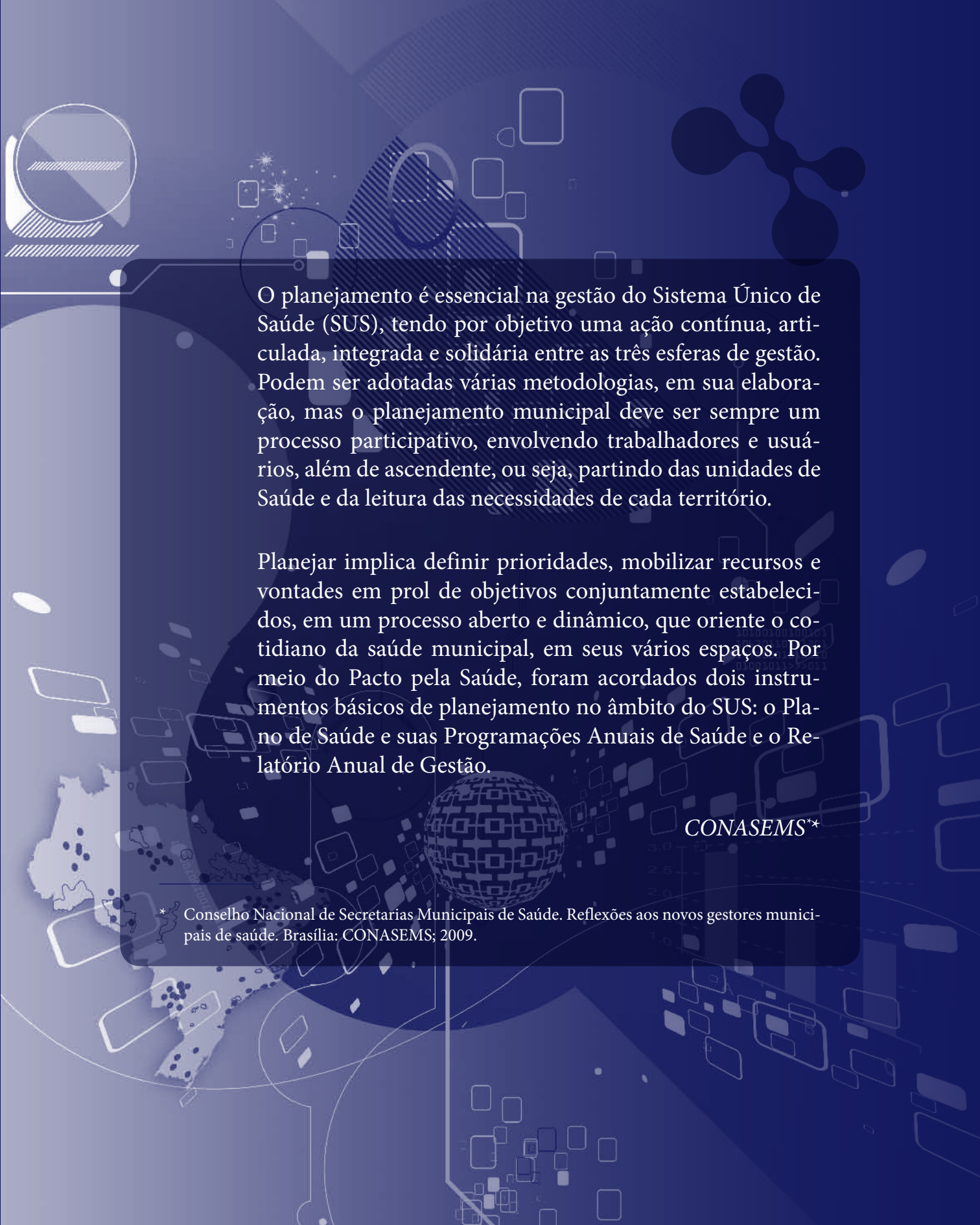
O Estado de Santa Catarina teve como experiência inicial uma primeira Sala de Situação implementada em 1988, com uma planilha financeira ainda muito incipiente. Nesse período, havia uma demanda por implantação da iniciativa de 70% dos municípios do Estado com menos de 20 mil habitantes, porém, em função da mudança do Governo estadual foram apenas realizados os projetos-piloto em três municípios da grande Florianópolis (Florianópolis, São José e Paulo Lopes).

É importante enfatizar que a Sala de Situação precisa ser um instrumento de avaliação do Pacto pela Vida (deve estar com a base na portaria específica, PT 325, de 2008, e 48, para 2009). Os dados dos fundos já estão adequados, possibilitando essa análise. Tal passo muito facilitaria o acompanhamento do pacto, não havendo necessidade de criar nos Estados outros instrumentos para o mesmo fim.

Atualmente o Estado tem utilizado essa ferramenta somente para a elaboração dos instrumentos de gestão, principalmente os Planos de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão. É importante reiterar que as informações oferecidas pela Sala de Situação têm um grande potencial para auxiliar o gestor na tomada de decisão, porém, é de fundamental importância que as bases sejam atualizadas e mantidas permanentemente, para possibilitar seu uso no ano subsequente. Caso contrário, corre-se o risco das mesmas perderem a validade para o gestor.

Como ponto positivo para o processo destacam-se os dados do FNS que já estão adequados possibilitando sua análise.

É preciso considerar que reais avanços acontecerão na medida em que houver maior integração dos vários setores do Ministério da Saúde, e que os mesmos disponibilizem seus dados nessa ferramenta, de forma permanente e rápida. Tais ações muito facilitariam o acompanhamento das informações por parte dos gestores, orientando a tomada de decisão no seu cotidiano.



O planejamento é essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território.

Planejar implica definir prioridades, mobilizar recursos e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da saúde municipal, em seus vários espaços. Por meio do Pacto pela Saúde, foram acordados dois instrumentos básicos de planejamento no âmbito do SUS: o Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

CONASEMS**

* Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Brasília: CONASEMS; 2009.

CAPÍTULO V: As Salas de Situação no Processo de Tomada de Decisões em nível Municipal

Essa sessão do livro se dedica ao registro de experiências das instituições municipais pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). Embora reconhecendo a vastidão do país e seu grande potencial de soluções criativas de instrumentos de análise e gestão de informação em saúde, foram escolhidas algumas experiências para ilustrar o cenário municipal no evento ‘Oficina de Trabalho sobre Sala de Situação de Saúde’, em painel intitulado ‘As Salas de Situação no processo de tomada de decisões em nível municipal’.

Estiveram presentes no referido painel, que teve a coordenação do Dr. André Luiz Bonifácio Carvalho (SEGEP/MS)*, representantes das secretarias municipais de saúde dos municípios de São Paulo/SP (Dr. Marcos Drumond), de Fortaleza/CE (Dr. José Rubens Costa Lima), de Olinda/PE (Dra. Livia Souza) e de Uberlândia/MG (Dra. Maria Margaret de Vasconcelos Lemos). As experiências debatidas compõem este capítulo, que destaca os avanços no processo municipal e os desafios a serem enfrentados.

O município de São Paulo apresentou seu ‘Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços’, fruto de um processo de retomada do SUS na cidade, considerando a dimensão e a complexidade urbana, bem como da política de saúde, com grande número de sistemas de informação e carência de um foco para os mesmos.

O município de Fortaleza-CE trouxe sua experiência de Sala de Situação para Gestão Municipal. Seu pressuposto essencial refere-se à necessidade de se desenvolver ferramentas de mensuração e de avaliação da situação de saúde da população. Tem como lema: *ampliando a apropriação da informação*.

A Gerência Regional de Saúde (GRS/SMS-MG) da região de Uberlândia-MG apresentou uma proposta de Sala de Situação cujos pressupostos referem-se às dificuldades com os sistemas de informação vigentes. A Sala foi implantada em 13 municípios e a debatedora ressalta a importância de se recuperar os estágios de desenvolvimento da Sala, para que se possa analisar a sua evolução e potencialidades.

* Fisioterapeuta, Professor da UFPB/CCS/DPS/NESC; Sanitarista, Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS-DEMAGS/SGEP-MS: andre.bonifacio@saude.gov.br.

O município de Olinda-PE apresentou sua proposta de Sala de Situação como instrumento para a democratização da informação. A Sala entrou em operação em março de 2009, por acordo de cooperação técnica entre a Prefeitura Municipal e a Representação da OPAS no Brasil.

Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

*Marcos Drumond Júnior**

A criação do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) deu-se em um contexto de retomada da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2001, após cerca de seis anos de operação do Plano de Assistência à Saúde (PAS). Para pensar informação em saúde em São Paulo é preciso considerar a dimensão e a complexidade do território e da política de saúde, numa cidade com 11 milhões de habitantes, no centro de uma metrópole com mais de 19 milhões, com uma grande desigualdade social e uma rede de serviços públicos e privados extensa e insuficientemente articulada. O município foi um dos últimos a assinar a habilitação para a gestão plena, modalidade em que o gestor municipal assume a responsabilidade sanitária global sobre o seu território.

O momento da retomada trouxe um grande desafio no sentido de organizar o sistema de saúde, onde a informação tornava-se elemento estratégico nesse contexto. Havia a necessidade de estabelecer foco, desenhar prioridades, organizar o sistema, construir redes, desenvolver a capacidade diagnóstica e criar instrumentos e métodos para estabelecer um novo ponto de partida para o SUS na cidade. No entanto, havia uma preocupação que dava base para a reflexão sobre o que era essencial na construção que se pretendia: o que fazer depois do diagnóstico?

O desenvolvimento do projeto do Painel de Monitoramento partiu do pressuposto de que existem bons instrumentos para produzir conhecimento da realidade e estabelecer pontos de partida para processos de planejamento e gestão. No entanto, detectou-se a carência de instrumentos que acompanhem as ações desenvolvidas, para que se possa verificar se as mesmas estão sendo realizadas e se estão surtindo os efeitos esperados, ou, em caso contrário, identificando os aspectos que devem ser modificados para retomar a rota e alcançar os objetivos pretendidos.

* Médico e Especialista em Medicina Preventiva e Social. Doutor em Saúde Coletiva. Sua atuação tem foco na Informação em saúde e epidemiologia no Sistema Único de Saúde. Atualmente é Assessor Técnico da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Contato: marcosd@prefeitura.sp.gov.br.

O Painel de Monitoramento vem sendo desenvolvido há cerca de 9 anos e passou pelas seguintes etapas: surgimento da necessidade; construção conceitual e metodológica; escolha dos eixos e indicadores; implantação e operação nos diversos níveis da SMS-SP; criação do Grupo do Painel Descentralizado, atual Grupo do Painel composto por interlocutores e coordenação que se reúne mensalmente; validação dos indicadores; aprimoramento da metodologia de análise com modelagem, desempenho e previsão; e, construção do novo aplicativo melhorando a interface, facilitando acesso e automatizando a análise. O lançamento do novo Painel de Monitoramento ocorreu no dia 28 de abril de 2009.

O Painel é uma matriz composta por indicadores escolhidos para acompanhar prioridades da SMS-SP segundo nível do sistema de saúde. Os indicadores são categorizados pelos seguintes aspectos: linha de cuidado; grau de controle do gestor; momento do processo saúde-doença; abordagem avaliativa; relação com a governabilidade do gestor de cada nível do sistema; disponibilidade do indicador no nível, eixo (área institucional) e evento do sistema de informação de origem.

O processo de escolha dos indicadores é uma etapa essencial no Painel, que pressupõe a análise de qual indicador melhor reflete determinada realidade (validade). Além disso, devem ter capacidade de síntese (refletir aspectos essenciais dos temas que tratam); devem ser abrangentes nas prioridades; em pequeno número; disponíveis nos sistemas existentes; oportunos para permitir intervenção em tempo de transformar situações problemáticas captadas; e, adequados a informar em cada nível do sistema sobre aspectos dos projetos considerados cujo gestor daquele nível tem governabilidade para mobilizar os recursos necessários à superação do problema. Para elaboração do aplicativo do novo Painel de Monitoramento foi realizada na SMS-SP uma oficina de trabalho com presença das áreas técnicas e de informação nos diversos níveis do sistema que validou os indicadores selecionados.

O Painel é uma matriz de indicadores. Caso fosse estática e anual, não diferiria de mais um diagnóstico, por mais adequado e cuidadoso que fosse o processo de escolha dos indicadores. Acompanhar o andamento temporal da matriz é o que conforma o monitoramento.

O monitoramento caracteriza-se pela elaboração e análise de mensurações rotineiras (no caso, mensais), visando detectar mudanças no ambiente, no estado de saúde e no desempenho do serviço de saúde ou de profissionais de saúde. Nesse contexto, o Painel de Monitoramento é a ferramenta de gestão que permite o acompanhamento contínuo e oportuno da atuação da SMS-SP sobre as prioridades da Política de Saúde Municipal, operando por meio de um pequeno número de indicadores disponíveis que informam sobre os problemas e as ações. Assim sendo, o gestor, que possui governabilidade, está municiado a tomar decisões de forma a manter ou promover mudanças nas situações encontradas.

Desafios

É enorme o desafio existente diante da necessidade de estabelecer metas para 87 indicadores em nível municipal, 5 regionais, 24 supervisões técnicas de saúde, 31 sub-prefeituras, cerca de 545 unidades que produzem ações de atenção básica, 18 hospitais municipais e 170 unidades com agenda regulada. Somando-se a isso, também é preciso considerar a fragilidade dos parâmetros existentes para os indicadores e a insuficiência de metodologias disponíveis para o seu estabelecimento. Esse contexto levou à definição de que no Painel de Monitoramento a meta é a tendência. Dessa forma, os objetivos são, por exemplo, que as mortes caiam, que a produção aumente, que o percentual de baixo peso ao nascer ou de mortes precoces por diabetes esteja em queda.

O recente desenho de novo Painel de Monitoramento agrega valor à experiência oferecendo novas potencialidades, entre elas, a agilidade e atualização permanente (defasagem média de 2 meses entre data do dado disponível no aplicativo e data do evento); a escolha de indicadores realizada em conjunto com gestores e áreas técnicas, envolvendo todos os níveis do sistema de saúde; a existência de supervisão em cada nível do sistema – coordenação e interlocução; a presença de metodologia de análise temporal robusta, com emissão de desempenho e previsão; a facilitação do acesso, com instruções disponíveis; e a definição da agenda de capacitações. Durante o ano de 2009, após o lançamento do Painel foram realizados 12 cursos de capacitação para operação e análise básica do novo aplicativo envolvendo cerca de 400 técnicos da SMS-São Paulo.

O Painel permite a emissão de três modalidades de relatórios: 1) séries históricas dos valores dos indicadores, 2) séries temporais com sinais mensais e desempenho (Figura 1) e 3) gráficos com análise de série temporal, teste de tendência e sazonalidade, série ajustada com previsão de quatro pontos futuros, além da construção das faixas de valores com média e desvio-padrão em limites de 1, 2 e 3 para cada lado da média (Figura 2). Os valores são sinalizados quando satisfatórios ou insatisfatórios.

A análise dos últimos sete meses disponíveis emite um sinal de desempenho com base nas probabilidades de ocorrência de combinações nesses sinais, refletindo direção, intensidade e coerência dos desvios da média. Esse desempenho quando insatisfatório é chamado de acionador por sugerir ação, inicialmente de aprofundamento diagnóstico para identificação específica do problema, ou para tomada de decisão e intervenção saneadora do problema identificado. Os desempenhos podem ser estável, atenção, alerta, crítico, bom, melhoria e excelência. Sete pontos do mesmo lado da média, em ascensão ou queda sucessiva e inversão de tendência prévia são também informados.

Cada relatório pode ser solicitado para qualquer abrangência territorial considerada na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: municipal, regional, supervisão técnica de saúde, subprefeitura, microrregião, distrito administrativo, unidade de saúde (básica,

especializada ou hospitalar). Também é possível fazer seleções para que os relatórios e a abrangência territorial ou unidade escolhida mostre apenas indicadores de alguma linha de cuidado (materno-infantil e adolescente, adulto-idoso, etc), tipo (segundo abordagem avaliativa ou grau de controle do gestor sobre o problema) ou nível do sistema (segundo disponibilidade do indicador ou governabilidade do gestor de cada local sobre o problema tratado).

O instrumento atual, aplicativo em rede desenvolvido em *software* livre, emite desempenho recente como aviso e previsão para tomar decisão e desencadear ação. Os julgamentos emitidos buscam contribuir para tornar a avaliação institucional um processo permanente e cotidiano em que o avaliado é também o avaliador e as informações são dinâmicas e mutantes, com proximidade entre informação e fato, permitindo que as ações sejam desencadeadas oportunamente. O Painel é capilarizado e coordenado nos diversos níveis do sistema na cidade com interlocutores nos níveis descentralizados.

Tecendo considerações finais a respeito do tema, pode-se dizer que a superação dos diagnósticos, com acompanhamento do andamento e dos efeitos das ações de intervenção, é o maior objetivo a ser alcançado. A simplicidade de emissão dos relatórios para o usuário, no entanto deve ser acompanhada de formação para a análise, o que está sendo realizado por meio de uma agenda de capacitação diferenciada para usuários em módulos básicos e avançados.

A experiência mostra que muito pode ser feito na articulação epidemiologia e gestão com uso de bases de dados disponíveis no SUS. Quanto à avaliação, o novo Painel de Monitoramento ousa ao emitir julgamentos com base em desempenhos. No entanto, o aviso é o limite do Painel. O que fazer com o aviso depende da ação humana. O uso do conhecimento como base para a decisão deve superar o receio de ser avaliado e reforçar o desejo de aprimorar. A tomada de decisão com base em informação é cultura a ser construída. No entanto, consideramos que uma postura ativa deve nortear o andamento do sistema de saúde buscando adequar ofertas e ações às necessidades da população, pois produzir saúde é o objetivo maior do nosso trabalho cotidiano que deve nos unir de forma ética e solidária.

Figura 1: Relatório de sinais mensais e desempenho com indicadores selecionados da linha de cuidado materno-infantil e adolescente.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA SMS – SP																			
CEInfo																			
Sinais mensais emitidos e desempenho para o(s) indicador(es) selecionado(s) abaixo por linha de cuidado; Local: Município São Paulo; Período anterior ao último mês disponível: 12 meses; Tipo de desempenho: Todos; Controle de pontos aberrantes: Não																			
Materno-infantil e adolescente		Mês Ano															Desempenho		
		Dez 08	Jan 09	Fev 09	Mar 09	Abr 09	Mai 09	Jun 09	Jul 09	Ago 09	Set 09	Out 09	Nov 09	Dez 09	Jan 10	Fev 10			
nº de óbitos de menores de 1 ano					+1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	0	Estável	
nº de óbitos de menores de 7 dias					+1	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0		
nº de óbitos de 7 a menos de 28 dias					0	0	0	-1	0	0	0	0	+1	-1	+1	0	-1		
nº de óbitos de menores de 28 dias					0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	+1	0	-1	Alerta	
nº de óbitos de 28 dias a menos de 1 ano					+1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	+1	0		
nº de óbitos maternos (residência)					0	0	0	+1	+1	-2	-2	0	0	0	0	0	+1		
nº de óbitos maternos (ocorrência)					0	0	0	0	0	-2	-1	0	0	0	0	0	0	7 pontos decrescentes	
nº de casos novos de sífilis congênita					-2	0	0	-2	0	-1	0	0	0	0	0	+1	0		
nº de terceira doses aplicadas de vacina tetravalente		0	+1	0	0	0	0	0	0	-1	0	+2	0	0	0	0			
nº de doses aplicadas de triplice viral		-1	0	0	0	0	0	0	0	+2	0	0	+1	-1					
nº de nascidos vivos					0	-2	-1	0	0	0	0	0	0	+1	0	0	0		
% de baixo peso ao nascer					0	-1	0	-1	-2	0	0	0	+1	0	0	-1	0		
% de muito baixo peso ao nascer					0	0	0	0	-1	0	0	0	+1	0	-1	0	0	Bom, 7 pontos abaixo	
% de gestações em adolescentes					0	+1	+1	0	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+2	+1	+1		
% de 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas					0	+1	+1	0	0	0	+1	+1	+2	+2	+1	0	0		
% de partos por cesárea					-1	0	0	+1	0	-1	-1	0	-2	0	-1	0	0	7 pontos acima	
% de RN com recuperação da vitalidade no pós-parto imediato (ocorrência)					-1	0	0	-1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0		
nº de internações SUS por causas evitáveis em menores de 5 anos		+1																	
nº de óbitos maternos confirmados																		Estável	
nº de óbitos maternos confirmados																			
nº de óbitos maternos confirmados																			

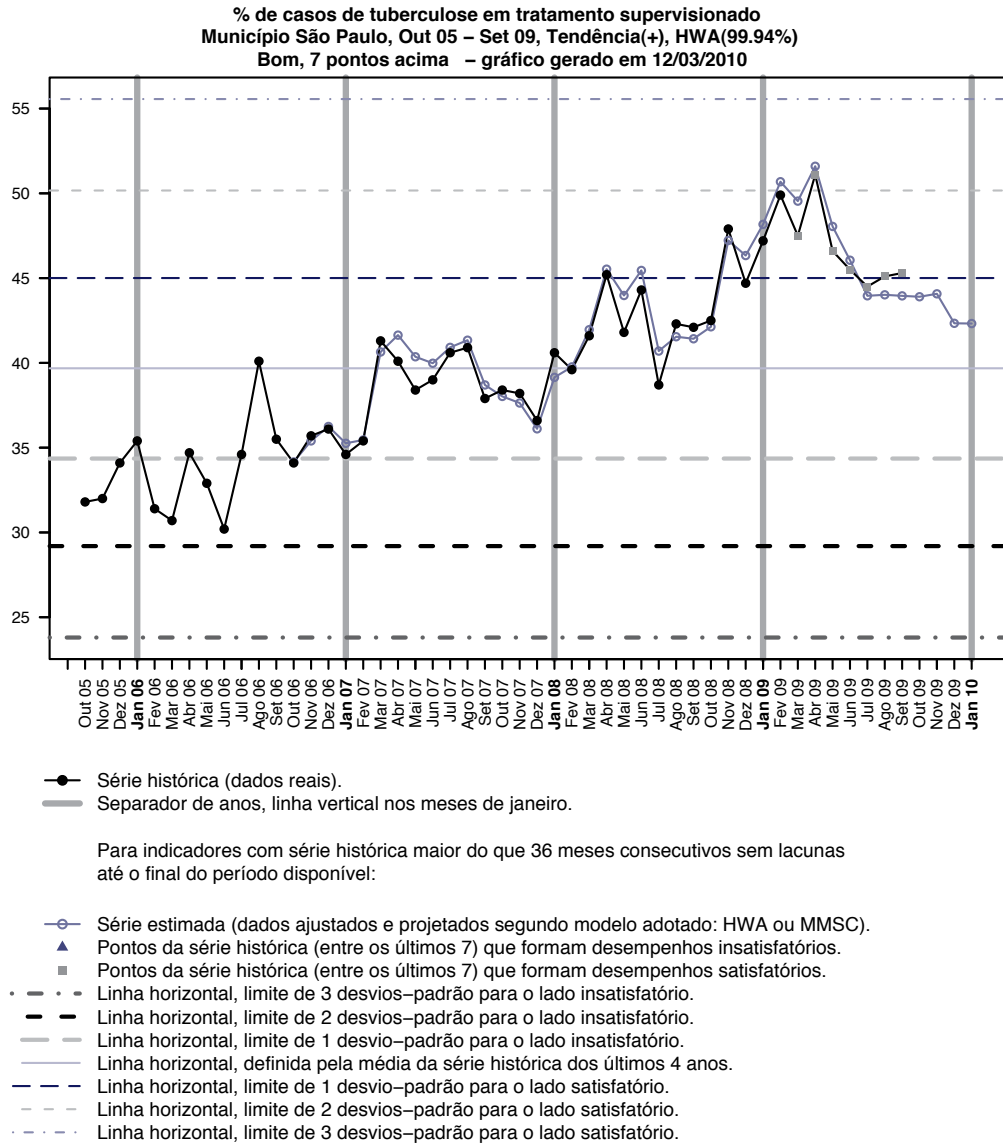
Dados sujeitos a revisão e de uso exclusivo dos gestores e assessores técnicos, que não devem ser divulgados sem autorização prévia desses.

Nota Técnica:

Um sinal mensal informa sobre o comportamento de um determinado indicador naquele mês em relação à série histórica anterior e é categorizado quanto à sua distância em relação à média segundo o número de desvios-padrão: além de 3, de 2, de 1 ou 0 (entre -1 e +1). A cor vermelha e o sinal negativo (-) indicam sinal mensal insatisfatório, enquanto a cor verde e o sinal positivo (+) indicam sinal mensal satisfatório.

O desempenho resume o comportamento dos últimos 7 meses em relação à série histórica para um determinado indicador. Os tipos de desempenho são: satisfatório e insatisfatório (acionador). Os possíveis desempenhos insatisfatórios (fundo vermelho) são: atenção, alerta e crítico. Também caracterizam desempenhos insatisfatórios a existência de sete pontos seguidos acima ou abaixo da média para o lado indesejado, a sequência de sete pontos em ascensão ou decréscimo quando não desejados e a inversão recente de uma tendência satisfatória e significativa anterior. Os desempenhos satisfatórios (fundo verde) são: bom, melhoria e excelência, além da existência de sete pontos seguidos acima ou abaixo da média para o lado desejado, a sequência de sete pontos em ascensão ou decréscimo quando desejados e a inversão recente de uma tendência insatisfatória e significativa anterior. Outros desempenhos destacados são o estável (valores abaixo do desvio-padrão acima ou abaixo da média), constante =0 (quando a série é constante e igual a zero) e constante <>0 (quando a série é constante e diferente de zero). O desempenho A conferir (fundo vermelho) indica possível erro de digitação e ocorre quando o valor de um dos 7 últimos meses fica acima ou abaixo de 3 desvios-padrão da média da série histórica.

Figura 2: Análise de séries temporais, modelagem e previsão, construção de faixas de valores esperados e emissão de desempenho.



Sala de Situação para Gestão Municipal – Experiência de Fortaleza*

*José Rubens Costa Lima***

A gestão, no processo de monitoramento e controle, necessita de ‘avaliação’ para o diagnóstico e ‘avaliação e diagnóstico’ para a tomada de decisão para a ação. A palavra diagnosticar, composta de ‘diá’ + ‘gnosia’, refere-se à ação de separar o saber, a informação. Diagnosticar é o processo de distinguir entre os eventos, como se faz nas doenças, identificando-as entre A e B. Os eventos ou os sinais e sintomas de uma doença, enquanto não são separados (e avaliados, cada um *per si*), ou enquanto se mantêm fundidos entre si, são co+fusão e dificultam o entendimento. Com a observação criteriosa, a cada abordagem, distinguem-se e medem-se os eventos em ações chamadas tirocínios. Na sequência, ao efetuar-se a razão entre os tirocínios (Medida A/Medida B) obtém-se novo saber pelo processo chamado raciocínio, identificando-se o que é maior, menor ou melhor. Cada tirocínio A e B depende, inicialmente, da avaliação que, originalmente, é a ação de medir pela confrontação com a vara, daí o nome: ‘ad’ + ‘vara’ + ‘ação’.

Nesse momento de reflexão sobre processos e mecanismos de se gerir a informação, vê-se que à gestão da saúde no Brasil está faltando mais uma vara para que possa se tomar determinadas medidas, para que, somente depois, se possa tomar a decisão e partir para a ação. Reconhecemos que suas ferramentas de avaliação são seus sistemas de informação em saúde (SIS) existentes com bancos de dados (BD) nacionais. Tais bancos registram todo o nosso tirocínio e aguardam ser revistos e analisados para nos permitirem o crescimento que virá da conclusão do nosso raciocínio.

A partir dos SIS Nacionais é possível obter medidas e produzir índices, a depender do acesso para leitura. Nesse acesso, referimo-nos, triplamente à autorização para uso, ao acesso físico (idealmente, eletrônico) e à disponibilização de ferramentas específicas para leitura. É recomendável que entre essas ferramentas exista uma que possa servir de ‘vara única’ para tomar todas as medidas, não sendo aceitável que se disponha de dois pesos ou duas medidas, e que se usem medidas diferentes a cada momento.

* Sala de Situação de Fortaleza segue o modelo RIPSA.

** Médico com Mestrado em Saúde Coletiva. Atua na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e é Médico da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Foi criador do “Gerente de Sala de Situação de Saúde” e de dois outros *softwares*: o “Agente de Saúde Eletrônico” e “Auditor Eletrônico”, que atuam junto aos sistemas de informação SIM e SINASC-Web de Fortaleza. Contato: rubens@saudefortaleza.ce.gov.br.

Existem algumas dificuldades para a leitura das atuais bases de dados nacionais. A primeira dificuldade se dá pela falta de autorização para acesso aos bancos de dados eletrônicos; e, quando se tem acesso, pela falta de ferramenta ideal de leitura de tais bancos. Espera-se de uma ferramenta que seja, simultaneamente: simples e fácil (como o Caderno de Saúde e o TabNet); ágil e oportuna (como o TabWin e a Sala de Situação da RIPSA que têm acesso rápido às bases de dados locais – as mais atualizadas); fiel e reproduzível (como os quatro exemplos dados – que trazem padrão de repetição garantida em suas macros e seus CNV ou pela transparência proporcionada pelas descrições de seus comentários); e, finalmente, flexível e passível de ajustes contínuos.

Para melhor compreender o processo é importante compreender mais intrinsecamente as ferramentas utilizadas. São elas: o TabNet e o TabWin, que satisfazem a necessidade básica para a gestão; o Caderno de Saúde e o Observatório da Saúde, que permitem fazer um diagnóstico mais integral; e, Sala de Situação, que facilita a apropriação da informação.

As ferramentas para leitura dos bancos de dados citadas, Caderno de Saúde e Sala de Situação, atuam com macros, CNVs e DEFs, que garantem a reprodutibilidade das medidas que viabiliza a comparação entre diferentes anos, municípios, regiões ou estados, mesmo que os diagnósticos sejam feitas em momentos diferentes e por pessoas diferentes.

A Sala de Situação funciona com planilhas e gráficos Excel com macros internas. Possibilita amplo diagnóstico, para todos os níveis de agregação – desde área de abrangência de unidades de saúde às áreas distrital, municipal, regional e estadual. Através do preenchimento automático é possível calcular mais de 230 indicadores que são produzidos mais de uma vez, simultânea e paralelamente, a partir das várias fontes – todas as fontes alternativas possíveis para cada indicador, o que permite fazer comparações entre as próprias bases de dados para que se escolha a melhor dentre elas. Utiliza, idealmente, para garantir a maior agilidade no acesso aos dados, bancos de dados de bases nacionais de nível local, mas pode também ler bancos de dados regionais, estaduais ou o nacional.

Como padrão, no desenho das planilhas, repetem-se: na coluna A, o rótulo do indicador; na coluna B: a fonte alternativa usada; na coluna C: o indicador numérico; na coluna D: o percentual ou a cobertura alcançada, a prevalência calculada, a incidência estimada. Para ampliar o entendimento, cada coluna traz comentários com descrições sobre o indicador, seus usos, limitações e aplicações, interpretações e parâmetros de avaliação com cores correspondentes. Cada indicador é colorido automaticamente.

Na coluna A, ‘Descrição do indicador’, nos comentários, são apontados os arquivos utilizados para captura do dado, a operação realizada, os nomes dos campos e os códigos que satisfazem à seleção em cada uma das fontes possíveis para aquele indicador. Ex.: “Crianças c/ Baixo Peso ao Nascer (<2.500g): Pelo SINASC, é a contagem de todos os

registros de crianças com Peso ao Nascer [PESO]<2.500g. (Considerando-se que o peso igual a 2.500g pode gerar viéses, devido tratar-se de arredondamento para o qual confluem aproximações onde o peso = 2.500g é incluído, apresentamos estudo complementar para permitir comparações). Igualmente, quantificamos os registros com menos de 500g ao nascer, possíveis erros de digitação. (Veja Tira-teima). Pelo SIAB, corresponde à soma dos campos [PESO2500], que indicam o número de Crianças Nascidas com Baixo Peso que foram identificadas e cadastradas durante as visitas. Obs.: No SINASC, como endereço, é usado o município de residência da mãe”.

Nos comentários da coluna B, ‘Fonte’, são apontadas as fontes alternativas para busca dos dados do indicador com o nome dos sistemas que servem de fonte para aquele indicador. Ex.: “PARTOS no Setor Público (Total de): Automatizada para SINASC, SIAB, SIH e Alternativas locais. Consultar as bases dos Hospitais. Usar a melhor.”

No ‘Indicador numérico’, coluna C, são quantificados os eventos que foram computados para o indicador. Ex.: “Número de Consultas de Pré-Natal: Total de consultas de pré-natal (médicos, enfermeiros e outros profissionais) no período.”

No ‘percentual’ ou ‘cobertura alcançada’, ‘prevalência calculada’, ‘incidência estimada’, coluna D: são apontados a fórmula para seu cálculo, seus usos, limitações e aplicações, interpretações e parâmetros de avaliação. Ex.: “Gestantes com teste Anti-HIV: Esse percentual é usado para avaliar a prevenção da transmissão vertical do HIV. Mede o cumprimento da recomendação de aplicar o teste HIV a toda gestante. Esperam-se percentuais elevados, será considerado bom a partir de 90% (verde). Coberturas abaixo de 70% serão consideradas ruins (vermelha); as demais, regulares (amarela). Parâmetros sujeitos a revisão”.

Dificuldades relativas à Sala de Situação

Como dificuldade encontrada destaca-se o fato de que a última atualização da versão vigente da Sala de Situação da RIPSA foi realizada em 2007, pouco antes dos bancos de dados terem sido recriados em novos formatos e novos códigos, pelo que, as macros internas se desatualizaram, sobrevivendo, portanto, hoje, a necessidade de uma nova versão para a Sala de Situação.

Novo panorama

Atualmente, é possível falar em um novo panorama para a Sala de Situação da RIPSA devido ao grande crescimento e ao amplo acesso alcançado à Internet (por parte da população e por parte dos órgãos públicos), bem como ao grande desenvolvimento de tecnologias-*web*, que nos dão boas perspectivas de preenchimento da Sala de Situação via internet.

Na nova versão imaginada, uma ‘Sala de Situação *Web* – 2010’, há perspectivas de substituição das macros do ‘Gerente da Sala de Situação’, passando-se para a utilização das ferramentas do Caderno de Saúde. Referimo-nos ao aplicativo chamado IDBMUN, que interage com o TabNet para facilitar a leitura das bases de dados, as mesmas bases de dados usadas pelo TabNet, e capaz de preencher a SS_PLANILHA.XLS da Sala de Situação. Para essa nova versão serão inseridas planilhas que contemplem avaliações através dos indicadores do Pacto pela Saúde e da PPI. Uma novidade operacional dessa nova Sala de Situação são as listagens operacionais e indicadores tira-teimas, que proporcionam a identificação de pacientes em abandono, óbitos infantis e maternos que carecem de investigação e outros, que visam aumentar a credibilidade sobre os dados e propiciar uma maior apropriação pelos usuários. Esses recursos possibilitarão ampliar a aceitação das informações.

Nova perspectiva

Versão Sala de Situação *Web*: ampliando a apropriação da informação

Como já foi dito, a factibilidade da nova proposta se sustenta na existência do aplicativo IDBMUN, de autoria do DATASUS, e na sua interação com as bases de dados (de qualquer dos níveis que seja escolhido) através do TabNet de mesma autoria.

O uso de tais ferramentas se baseia na disponibilização das diversas bases de dados em um provedor remoto acessível via *web*. Para isto, prevê-se a criação de sites específicos para cada parte interessada – município, regional ou estado, com disponibilização respectiva de sua base de dados, seja em *site* próprio com hospedagem em provedor comercial do seu *site* ou através do apoio do DATASUS.

Aspira-se que a disponibilização das bases de dados no provedor funcione como uma espécie de *backup* remoto, cuja atualização se dê regularmente, num espelho dos bancos de dados locais, portanto, simultaneamente à digitação, gerada pelos respectivos próprios sistemas, garantindo a agilidade máxima.

As condições tecnológicas existem. Resta-nos implementá-las.

Esse é o desafio.

Projeto de implantação da Sala de Situação de Olinda

*Livia Souza Maia**

Na Região Metropolitana de Recife, Olinda é o menor município em área e o terceiro maior em quantidade de habitantes, possuindo 397.266 habitantes (IBGE, 2009). No estado, é o primeiro município em densidade demográfica (9.029 hab./km²) e, no país, o quinto. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,792 – o quarto no *ranking* do estado. Olinda possui dois Distritos Sanitários, dez regiões político-administrativas e trinta e dois bairros.

No que se refere à Sala de Situação em Saúde, o termo ‘situação’ pode ser definido como a explicação da realidade feita em função da ação e interação de forças sociais vigentes dentro de um ambiente, de uma realidade social e demográfica. Em uma Sala de Situação, realiza-se um “diagnóstico situacional”, com orientação ao passado, presente e futuro, que favorece a tomada de decisão na busca de uma nova realidade ou de uma nova situação. Ela possui um espaço físico ou virtual onde as informações de saúde são analisadas periodicamente por uma equipe de trabalho. As tomadas de decisões são baseadas em evidências técnico-científicas, de forma oportuna e eficiente, com incremento na disseminação da informação.

A Sala de Situação é um instrumento para a democratização da informação em diversos níveis.

Em março de 2009, foi firmado um acordo de cooperação técnica entre a Prefeitura Municipal de Olinda e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esse acordo insere-se em uma parceria já estabelecida entre a OPAS e a Prefeitura Municipal de Olinda – Projetos de Combate às Endemias, Municípios Saudáveis e Projeto Rostos, Vozes e Lugares. A Sala de Situação estará alinhada aos convênios firmados, subsidiando e fornecendo informações para o desenvolvimento de cada um deles.

Essa proposta assume relevância ao considerar que, apesar do progressivo aperfeiçoamento dos sistemas de informações em saúde, esses ainda são desarticulados, verticais,

* Fonoaudióloga. Sanitarista e Mestre em Saúde Pública com linha de pesquisa em Informação em Saúde, Linkagem de bancos de dados e Geo-processamento. Atualmente é Diretora de Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde de Olinda/PE e Coordenadora de estudos especiais da Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde de Pernambuco. Contato: livia_tsouza@yahoo.com.br.

favorecendo a prática de individualização do trabalho. Ademais no nível local há uma excessiva produção de dados, e os municípios, em sua grande maioria, restringem-se ao papel de meros produtores de dados sem a prática da análise da informação e de sua utilização em seu conceito mais básico “informação para ação”. O que resulta em planos e ações frágeis, desconexos da realidade local e sem a clara definição de prioridades de gestão a serem enfrentadas.

Nessa perspectiva, a implantação da Sala de Situação em Saúde pode contribuir para a mudança na prática de produção da informação, com a integração dos atores das diversas áreas específicas (planejamento, vigilância em saúde, assistência, políticas e regulação), além de fomentar a produção e a discussão sistemática das informações em saúde, para subsidiar o planejamento das ações.

O objetivo geral da Sala de Situação de Olinda é disponibilizar informações e análises, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento, bem como disseminar, de forma sistemática, informações em saúde no âmbito do SUS.

A Sala tem como objetivos específicos a disponibilização de dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e ações de saúde, bem como a verificação da ocorrência de iniquidades em saúde, associada ao acompanhamento de prioridades definidas e integradas sob a forma de pactos. Além disso, visa permitir o acompanhamento das ações de saúde – monitoramento e avaliação; promover a democratização da informação para todos os atores do SUS/Olinda e para a população; auxiliar o projeto Rostos, Vozes e Lugares com o diagnóstico local da situação de saúde; e, subsidiar o planejamento das ações do Plano Municipal de Saúde, visando à definição de prioridades e à alocação de recursos.

A Sala de Situação em Saúde de Olinda está estruturada em quatro eixos. O primeiro, análise da situação de saúde, é voltado para os indicadores epidemiológicos, com a produção de estudos descritivos, análise espacial e tendências, tendo ainda como proposta a realização de estudos analíticos. O segundo, análise dos indicadores da assistência à saúde, está voltado para a produção e cobertura dos serviços assistenciais. O terceiro tem como foco os determinantes sociais em saúde, mediante a utilização dos indicadores de contexto. O quarto eixo centra-se no desenvolvimento de estudos especiais realizados com base nas prioridades da Secretaria Municipal de Saúde nas áreas de violência, saúde materno-infantil e endemias (tuberculose, hanseníase, filariose, dengue, esquistossomose, leptospirose, etc.).

O processo de trabalho estará organizado em um ciclo, composto pelas etapas de seleção de indicadores; coleta de dados; sistematização e análise de dados; produção e disseminação da informação; e discussão, monitoramento e avaliação.

Os indicadores serão definidos por meio de um processo coletivo de discussão com o grupo técnico, seguindo o modelo adotado pela RIPSa, com a “quebra” da lógica por sistemas de informação, visando à integração das informações e do processo de trabalho.

A coleta dos dados será realizada mediante a utilização das principais bases/sistemas de informações existentes, como: SIM, SINASC, SINAN, SIA, SIH, SIAB, SIOPS, CNES e IBGE. Serão também utilizadas outras fontes, como o SISPRENATAL e o Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), para estudos referentes à saúde materno-infantil, assim como dados do SAMU (pois em Olinda todas as ambulâncias são equipadas com GPS), do Detran e da Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco, para as análises sobre as causas externas.

A sistematização e a análise dos dados serão realizadas a partir da análise da qualidade das informações mediante a construção de indicadores operacionais; do monitoramento frequente dos indicadores prioritários; e, dos estudos mais aprofundados dos temas definidos como eixos prioritários. Vale destacar que o nível de desagregação das informações deverá considerar o modelo de atenção à saúde do município, que se orienta pelo território organizado por área de adstrição dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

No que se refere à produção e disseminação da informação, parte-se do princípio da necessidade de resgatar a importância da utilização da informação para a tomada de decisão entre os atores que compõem a gestão da saúde, uma vez que não adianta produzir informação e criar boletins se não houver uma cultura de uso da informação. A divulgação será realizada por meio de boletim de indicadores básicos, epidemiológicos e temáticos (SAMU, violência, saúde materno-infantil, endemias, etc.); e ainda através de *webpage*, publicações científicas, comunicação e imprensa.

A discussão, o monitoramento e a avaliação dos indicadores prioritários serão realizada por meio de reuniões bimensais ordinárias com o Núcleo Gestor reduzido e ampliado, além de reuniões com as equipes das unidades de saúde na área de adstrição dos NASF, Conselho Municipal de Saúde e outros parceiros, como Secretaria de Planejamento, Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco, o Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), em uma integração intra e intersetorial. Após um ano do projeto, será realizada uma avaliação da Sala de Situação com os usuários, os gestores e os produtores da informação.

Principais produtos esperados são: o projeto da Sala de Situação de Saúde, seleção e folhetos de indicadores básicos, boletins bimensais, painel de saúde, análise da situação de saúde do município, análise da qualidade dos SIS, plano de ação para subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, análises temáticas e artigos publicados em periódicos.

Ainda no que concerne aos resultados esperados, merecem ênfase o resgate e disseminação da cultura de análise e monitoramento da situação de saúde; a integração na produção e empoderamento da informação; a consolidação da utilização da informação no planejamento e na tomada de decisão; a melhoria da qualidade dos sistemas de informação; e o aumento e democratização do conhecimento.

A experiência da Sala de Situação da Secretaria Municipal de Uberlândia/MG*

*Maria Margaret de Vasconcellos Lemos***

Uma reflexão inicial pode ser realizada a partir de um fragmento de Eduardo Gianetti, in *Autoengano*:

*a informação que se tem não é a informação que se quer.
a informação que se quer não é a informação de que se precisa.
a informação de que se precisa não é a informação que se pode obter.
a informação que se pode obter custa mais do que se quer pagar.*

Diante dessa reflexão uma pergunta se coloca: qual a quantidade de informações necessárias para tomar uma decisão? Na saúde, essa pergunta precisa ser respondida em um cenário marcado pela riqueza dos sistemas de informação existentes e a dificuldade de manejá-los.

Em um sistema de saúde, existe uma estrutura complexa, com determinada quantidade e tipos de unidades de saúde, um processo de atenção à saúde que utiliza determinados sistemas de informação, como o SIA e o SIH, API e outros. Para avaliar esse sistema, faz-se uso de indicadores como os de estrutura, que dizem respeito à quantidade, tipo e capacidade instalada das unidades existentes. Há, ainda, os indicadores de processos, que se referem às atividades realizadas, e finalmente, os indicadores de resultados que apresentaram o impacto das ações desenvolvidas. Alguns resultados podem ser mensurados por meio de coeficientes (Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI e Coeficiente de Mortalidade Materna – CMM). Os indicadores de processo gerados (consultas de profissionais de nível superior, consultas médicas urgência/emergência, etc.) são importantes para a avaliação do sistema. A avaliação desses indicadores requer a definição de parâmetros, sem os quais não é possível a criação de um juízo de valor. Como exemplo é possível citar a relação de consultas realizadas no trimestre por habitante/ano. Usado para avaliar a cobertura da atenção à saúde da população em geral, esse indicador tem

* Sala de Situação de Uberlândia segue o modelo RIPSA.

** Mestre em Geografia, na área de Gestão do Território, é Especialista em Epidemiologia em Serviços de Saúde e Especialista em Informação e Informática em Saúde. Suas linhas de pesquisa são Saúde Pública, Epidemiologia, Informação em saúde e Tecnologia de informação. Atualmente é Gerente de Tecnologia de Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia/MG. Contato: meglemos@gmail.com.

como parâmetro a realização de 3 a 4 consultas/ hab./ano, assim, a assistência será considerada insuficiente quando atingir menos de 1 cons. hab./ano e boa quando atingir 3 (atingindo esse parâmetro é sujeito à revisão).

Localizada Triângulo Mineiro, a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Uberlândia é formada por 18 municípios: Abadia dos Dourados, Araguari, Araporã, Cascalho Rico, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Indianópolis, Iraí de Minas, Monte Alegre de Minas, Monte Carmelo, Nova Ponte, Patrocínio, Prata, Romaria, Tupaciguara e Uberlândia.

Na tentativa de instrumentalizar e apoiar os municípios em suas atividades pertinentes aos sistemas de informação, a equipe técnica da GRS de Uberlândia realizou uma série de visitas às secretarias municipais de saúde dos municípios sob sua jurisdição. É importante enfatizar que a realização das visitas não se limitou à implantação das Salas de Situação. Quanto ao perfil da GRS, apenas Uberlândia, Araguari e Patrocínio possuem acima de oitenta mil habitantes. Muitos dos outros municípios apresentam população pequena, com menos de dez mil habitantes. Observou-se que, na maioria dos municípios, os órgãos públicos apresentam-se como um importante empregador, estabelecendo uma vinculação política forte entre os servidores e a direção. Assim, a cada mudança administrativa, o quadro de funcionários se altera consideravelmente, gerando alta rotatividade e um eterno recomeçar – processo e dificuldades que, com certeza, serão encontrados em todo o país.

Sala de Situação

A Sala de Situação foi implantada em 13 municípios. Em grande parte deles, foram detectados problemas em relação à utilização dos sistemas de informação, como: falhas no registro; não-regularidade na exportação de dados; não-realização de *backup*; dificuldade para fazer o gerenciamento da base de dados, etc. A Sala evidenciou que apesar de alguns profissionais da saúde possuírem uma aproximação com a área da informática, alguns apresentam ainda muita resistência.

A implementação da Sala de Situação revela indicadores e parâmetros e permite a avaliação do trabalho desenvolvido em saúde. Ela provocou a exposição de inconsistências e questionamentos quanto à cobertura vacinal, pois alguns municípios não concordavam com os dados apresentados. A avaliação minuciosa da base de dados evidenciou a existência de falha nos registros e o não-acompanhamento dos sistemas de informação existentes pelos profissionais de saúde. Algumas discrepâncias foram mais relevantes, como o achado de internação psiquiátrica. Foi constatado que pacientes residentes em um único município eram responsáveis por 83% das internações, cujo número correspondia a 43% da população local. Na verdade, tratava-se de falha de registro do prestador, atribuindo aos pacientes a residência em município errado. Também, nos registros

de nascimentos foi encontrada incongruência nos dados. Em determinado município foram registrados 68 partos e 45 nascidos vivos. Como os partos eram realizados em outro município, constatou-se que o usuário, muitas vezes, informava incorretamente seu município de origem, sendo os profissionais de saúde orientados para que houvesse mais cuidado com os registros.

O trabalho desenvolvido revelou que os sistemas de informação, na verdade, não possuem comportamento de sistemas, uma vez que os procedimentos realizados, muitas vezes, não seguem o padrão estabelecido. Foi possível perceber, ainda, que o grau de envolvimento dos profissionais de saúde é baixo, sendo os responsáveis pelo SIAB, que atuam na lógica da estratégia Saúde da Família, os mais envolvidos no processo de trabalho. Outro ponto evidente foi a alta rotatividade dos profissionais e a pequena, às vezes nenhuma, profissionalização, quer seja na área da saúde, quer seja na área da informática. Detectou-se também ser necessário o uso de ferramentas mais simples para a recuperação de dados. Aliado a isso, atividades constantes de treinamento e reciclagem precisam ser realizadas para potencializar as habilidades dos usuários em extrair as informações necessárias. A informação precisa ser mais facilmente acessada para ser utilizada de fato.

Recuperar os estágios pelos quais passou a Sala de Situação é importante para que se possa acompanhar sua evolução e potencialidades.

Em 1998, a extração de dados era realizada manualmente; em 2001, passou a ser automatizada – base de dados localizada na árvore dos diretórios; e, em 2009, busca-se uma nova tecnologia. A opção parece ser uma aplicação *web*, na qual as secretarias estaduais de saúde respondam pelo aplicativo e o repositório de dados, enquanto que ao usuário caberá a informação dos parâmetros que definam a sua consulta, tais como: município de residência, período de ocorrência e outros, parece ser uma solução interessante. Contudo, não se pode esquecer que a oportunidade das informações é fundamental, quando se trata de Sala de Situação.

Por fim, é importante manter a reflexão sobre a qualidade do trabalho e a continuidade do processo, já que essa tende a ser mais uma questão mais gerencial do que operacional, uma vez que a decisão de aprimorar o trabalho com os sistemas de informação e dar seguimento ao uso do gerente da Sala de Situação implicará a necessária capacitação dos profissionais envolvidos.



“Sem dúvida, a habilidade ou inabilidade das sociedades dominarem a tecnologia e, em especial aquelas tecnologias que são estrategicamente decisivas em cada período histórico, traça seu destino a ponto de podermos dizer que, embora não determine a evolução histórica e a transformação social, a tecnologia (ou sua falta) incorpora a capacidade de transformação das sociedades, bem como os usos que as sociedades, sempre em um processo conflituoso, decidem dar ao seu potencial.”

*Castells**

* Castels, M. A Sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAPÍTULO VI: Sistemas de Informação em Saúde e as Tecnologias Disponíveis

Este painel, sob a coordenação do Dr. Ernani Bandarra*, foi organizado com a premissa de que existem no Brasil numerosas fontes de informação, mas que devem ser constantemente melhoradas para atender as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Teve por objetivo compartilhar os avanços e as potencialidades no campo das tecnologias da informação e comunicação para a captura e disponibilidade dos dados em saúde.

Para abordar a relação dos sistemas de informação com o desenvolvimento de tecnologias a serviço da saúde, foi convidado o Dr. Rogério Sugai (SE/MS), que deu ênfase no aperfeiçoamento de processos que fortaleçam o uso da informação na base da prestação de serviços, e na necessidade de que os sistemas de informação estejam alinhados com o plano estratégico institucional do Ministério da Saúde, atualmente expresso na iniciativa *Mais Saúde*.

O desenvolvimento dos sistemas nacionais de informação em saúde e a sua contribuição para o SUS foi tema de exposição da Dra. Márcia Marinho (DATASUS/MS), que apresentou o amplo contexto da área, a sua evolução em função das demandas da política de saúde, as ferramentas disponíveis e as formas disseminação utilizadas. Os avanços pretendidos são voltados para atender públicos diversificados, em diferentes estágios de conhecimento e de necessidades. Foram apontados os desafios para as Salas de Situação, entre eles o de estabelecer padrões de interoperabilidade dos sistemas de informação para prover as necessidades das diversas Salas.

Com vistas a debater o uso da informação científica como subsídio para a gestão em saúde, a Dra. Agnes Soares da Silva (BIREME/OPAS/OMS) ofereceu uma análise no contexto da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que em mais de 10 anos de evolução difunde informação científica e técnica entre as instituições nacionais e internacionais de saúde, educação e pesquisa.

Para finalizar, o Dr. Christovam Barcellos (FIOCRUZ/MS) apresentou o tema 'Atlas de água, saúde e saneamento', que procura associar informações provenientes de diversos sistemas e instituições, para favorecer o seu uso pelos gestores de políticas de saneamen-

* Engenheiro Eletrônico pela PUC/RJ com mestrado em Computer Science. Foi diretor do DATASUS –Ministério da Saúde e é membro fundador da RIPSA.

to. O pressuposto é de que as dimensões do Brasil e a grande diversidade de características observadas impõem análises de situação e tendências que não podem ser realizadas com base em indicadores isolados.

Sistemas de Informação em Saúde – Tecnologia a serviço da saúde

*Rogério Sugai**

Pode-se afirmar que os primeiros contatos da tecnologia com a área da saúde foram realizados em 1950 e que ainda há um longo caminho a ser percorrido. Ainda existem muitas dificuldades de acesso à informação, pois os usuários mais importantes são os profissionais que atuam na ponta do sistema e também o usuário-cidadão.

A saúde não prioriza o investimento em tecnologia da informação. Além de serem poucos os recursos financeiros destinados, não valoriza os recursos tecnológicos existentes. Pode-se dizer que desejamos a informação, mas não queremos pagar o seu preço.

As tecnologias para a saúde precisam estar alinhadas com o plano estratégico institucional *Mais Saúde* e serem aderentes às áreas de atuação do Ministério da Saúde: atenção à saúde, vigilância, gestão e financiamento da saúde, controle social, profissionais de saúde, disseminação de informação, ensino, pesquisa e desenvolvimento do complexo produtivo. Além disso, é também preciso contemplar os envolvidos: cidadãos, profissionais, municípios, estados, governo federal, saúde suplementar – Agência Nacional de Saúde (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como as instituições de ensino e pesquisa (FIOCRUZ, hospitais universitários).

A gestão em tecnologia para informação em saúde possui quatro pilares: promoção e atenção à saúde – família no centro da mudança; gestão, trabalho e controle social; ampliação do acesso, com qualidade e produção; e desenvolvimento e cooperação em saúde.

Em relação ao financiamento da saúde, existe um baixo índice de informações essenciais e as despesas com pessoal representam o maior percentual do gasto. É preciso enfatizar que só é possível gerenciar a produtividade e a efetividade dos serviços de saúde por meio do prontuário eletrônico.

* Médico e Especialista em Informática em Saúde com experiência em desenvolvimento e implantação de prontuário eletrônico / registro eletrônico de saúde. Atualmente é Assessor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde para Sistemas de Informação em Saúde. Contato: rogerio.sugai@saude.gov.br.

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) será a chave de acesso para o prontuário eletrônico SUS, sua base estratégica. O prontuário eletrônico no SUS deve atender o cidadão, o profissional de saúde e os estabelecimentos de assistência à saúde. O modelo proposto permite que a informação seja processada em qualquer um dos pontos da rede.

O CNS oferece inúmeras vantagens: identifica o cidadão-usuário; vincula indivíduos com suas famílias; melhora a regulação, os parâmetros de financiamento e todos os sistemas de controle e avaliação; aumenta a confiabilidade do faturamento do SUS e a efetividade do sistema de saúde; agiliza o atendimento; reforça a atenção integral do indivíduo; aperfeiçoa o ressarcimento junto à ANS; e gera indicadores mais confiáveis e uma economia de mais de um R\$ 1 bilhão/ano (Fonte: FGV/Saúde). Ele é utilizado pelo cidadão e profissional no agendamento de atendimento, em estabelecimentos de assistência à saúde, domicílio e SAMU, e onde são registrados os procedimentos, condutas, exames complementares, medicamentos e materiais.

O CNS do SUS – registro eletrônico em saúde – deve integrar os estabelecimentos de saúde em Teias, tais como: ESE, NASE, ACS, CAPS, UBS, hospitais, SAMU, vigilância, apoio, CEO.

O novo modelo proposto do CNS tem a base de dados nacional integrada com os estabelecimentos de saúde e possui elementos de integração entre os demais sistemas de informação: VIG, AB, PNI, PRG, GH, BPA, APAC, AIH, etc.

O fluxo de informação atual possui base de dados no Ministério da Saúde. São eles: SINASC, SIM, SIH, SIA, SISREG, SIS-PNI, CNES, SINAN, SIOPS, CNIS, GESCON, SIPAR e SISPLAN. Nos sistemas externos, o fluxo abrange os sistemas SIAF, Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEDSUP), SIB, SIDOR, IBGE e outros. A nova proposta é um fluxo de informação com a integração entre a base de informações, base de dados nacional de saúde – municipal, estadual e federal, CNS – prontuário eletrônico, equipes de atenção à saúde, serviços de vigilância à saúde, ações programáticas e Salas de Situação. Já no âmbito municipal ele abrange: SINASC, SIM, SIH, SAI, SISREG, SIS-PNI, CNES e SINAN; e, nos âmbitos estadual e federal: SIOPS, CNIS, SIPAR, SIPLAN e GESCON. Nos sistemas externos, compõem o fluxo de informação os seguintes sistemas: SIAF, SIED-PIP, SIB, SIDOR, IBGE e outros.

A padronização é uma utopia a ser perseguida. É preciso integrar os sistemas de informações à saúde e, à medida que são utilizados, é possível serem avaliados e melhorados. É necessário criar uma camada de integração que produza indicadores dinâmicos e estáticos, abrangendo: Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS), SIAB, SIH, AIH, CIH, PPI, CNES, SIA (ABPA), CNRA, SISREG, GIL, SGH com o SINASC e SIM com o CNS-RIS (Registro Individual de Saúde). As mudanças no processo de ne-

gócio e nos aplicativos, bem como a integração SOA deverão ser baseadas nos processos existentes visando à redução do custo operacional.

Os sistemas de informação em saúde necessitam atender aos diversos formatos, pois atualmente são centrados nas informações e nos indicadores, ficando a ponta do sistema esquecida. A lógica do CNES é perversa e está voltada para o faturamento, não para a qualificação do profissional e dos dados de saúde. É comum a reclamação de que os profissionais de saúde são resistentes e não alimentam os sistemas de informação, mas quem trabalha na ponta sabe, por exemplo, das dificuldades de preencher o SIA. Não é possível atender 16 pacientes com qualidade e preencher inúmeras planilhas. Os sistemas de informações precisam ter usabilidade e os atualmente utilizados são complexos, sendo preciso abrir várias telas.

O prontuário eletrônico do cidadão-usuário (longitudinal) pode ser acessado pelos diferentes profissionais de saúde e deve estabelecer linhas de saúde, interligando os diversos estabelecimentos de saúde onde ele é atendido: ACS, ESF, USF, CEO, NASF, CAPS, UPA, APOIO, VIG, SAMU, farmácias, hospitais, CTE, SIS.

O prontuário do estabelecimento de saúde também pode ser acessado por profissionais e cidadão/usuário e deve conter informações longitudinais dos estabelecimentos de assistência à saúde, tais como: ACS, ESF, USF, CEO, NASF, CAPS, UPA, APOIO, VIG, SAMU, farmácias, hospitais, CTE, SIS.

Os sistemas de informação vêm criando a necessidade de profissionais híbridos, que tenham formação também em tecnologia da informação. Os profissionais e os cidadãos precisam perceber os benefícios das informações, pois só assim se sentirão motivados a utilizá-las. Se for preciso treinar médicos e enfermeiros para utilizar os sistemas de informação, é preciso reconhecer que algo está errado, pois o ser humano só aprende o que considera necessário.

O Programa de Modernização Tecnológico para a Saúde Pública do Distrito Federal é um bom exemplo de estratégia de integração de informações para a saúde pública. Ele propõe a utilização de prontuário que possibilita visão integrada do paciente e a adoção de medidas que têm como consequência a significativa redução de custos financeiros.

O sistema de saúde e as fontes de informação

*Márcia Elizabeth Marinho da Silva**

O Sistema Nacional de Saúde possui um complexo universo de atuação, abrangendo atenção à saúde, assistência farmacêutica, saúde suplementar, hemoderivados; educação e gestão do trabalho em saúde; ciência e tecnologia; vigilância sanitária; vigilância em saúde; gestão participativa e controle social. Trata-se de um sistema universal focado na qualidade de vida, que tem como meta o cidadão saudável. O Sistema de Saúde possui vários sistemas de informação e gera um volume considerável de informações, em níveis distintos de governo.

Vários são os aspectos a considerar no modelo de informação para a saúde no país. O Brasil é um país com dimensão continental e apresenta grande diversidade entre as distintas regiões (cultural, econômica, social, tecnológica, etc.). Também é preciso considerar o modelo do Sistema Nacional de Saúde, baseado nos princípios de integralidade, universalidade e equidade, e sua gestão, descentralizada e hierarquizada, possuindo gestor federal, gestores estaduais e gestores municipais.

O Ministério da Saúde desempenha um papel crucial na gestão dos Sistemas de Informação, já que deve ser o orientador e o responsável pelo desenvolvimento dos grandes sistemas de base nacional. No desenvolvimento de outros aplicativos, é preciso considerar que são de uso específico para determinados programas de saúde e de uso opcional, voltados para estados, municípios e estabelecimentos públicos de saúde. O MS é o responsável pelo desenvolvimento de padrões e interfaces para informação a ser coletada pelas distintas instâncias do SUS e também pela disseminação dos dados.

Muitas são as fontes de informação em saúde no Brasil: os sistemas de registros administrativos (bases de dados nacionais de saúde e outras bases de interesse); pesquisas e inquéritos; e, sistemas de abrangência local/regional (sistemas aplicativos desenvolvidos e operados pelo MS ou localmente, por iniciativa dos gestores (Centrais de Regulação).

* Analista de Sistemas e Especialista em Saúde Pública. Mestre em Administração e Doutoranda em Saúde Coletiva. Trabalha no Ministério da Saúde no Departamento de Informática do SUS no Rio de Janeiro/RJ atuando na Gerência de Disseminação de Informações em Saúde. Coordena a Comissão de Estudo Especial de Informática em Saúde da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Contato: marcia.marinho@datasus.gov.br.

Em relação à disseminação das informações, é preciso considerar a diversidade de públicos, com diferentes estágios de conhecimento e necessidades, e também o amplo leque de ferramentas existentes. As informações em saúde são usualmente voltadas para gestores do sistema de saúde em todas as esferas (federal – MS, estadual e municipal); para as instituições de ensino e pesquisa (professores, pesquisadores, estudantes); para os profissionais de saúde; e, para a sociedade civil organizada, visando o controle social.

Os níveis de agregação das informações dependem do contexto em que elas serão utilizadas, estando disponíveis na forma de microdados, dados agregados, indicadores e sumários. O sumário, por exemplo, é adequado para visualizar o resumo da situação de saúde em um determinado espaço geográfico.

Os microdados são arquivos dissemináveis, sendo possível a realização de *download* pelo usuário e uso local, consultas em bases de dados *on-line* e também dados anônimos (sem identificação dos indivíduos). Estão disponíveis ferramentas que podem ser utilizadas pelo usuário: o Tab para Windows (TabWin), que é flexível e permite importar e exportar dados, importar bases cartográficas e também gerar mapas, ou qualquer *software* que leia arquivos no padrão DBF. O TabWin permite a visualização dos dados em mapas de abrangência regional, estadual, microrregional e municipal.

Em relação aos dados agregados, podem ser realizadas consultas em bases de dados *on-line* e dados anônimos. São ferramentas para uso os aplicativos TabNet e TabWin e qualquer *software* que leia arquivos no padrão DBF ou CSV.

Quanto à disseminação dos dados de sistemas nacionais na internet (TabNet), é possível obter informações relativas a estabelecimentos de saúde, profissionais, saúde suplementar, agravos de notificação, mortalidade hospitalar, atenção básica (PACS, PSF), atendimentos ambulatoriais, imunizações, internações hospitalares, nascimentos e óbitos.

O TabNet já é utilizado para a disseminação da informação em dez estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, São Paulo (Centro de Vigilância Epidemiológica e Fundação Oncocentro) e Tocantins.

Doze gestores municipais de saúde também geram e disseminam dados a partir do TabNet. São eles: Alfenas (MG), Barreiras (BA), Belém (PA), Campinas (SP), Caxias do Sul (RS), Florianópolis (SC), Fortaleza (CE), Niterói (RJ), Rio de Janeiro (RJ); Ribeirão Preto (SP); Salvador (BA) e São Paulo (SP).

No próprio Ministério da Saúde, o aplicativo é utilizado em vários departamentos e órgãos: Departamento de Informática do SUS Coordenação de DST/AIDS, Secretaria de Vigilância à Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de

Saúde Suplementar, Fundação Oswaldo Cruz (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas). Outras instituições também utilizam o TabNet, como a Fundação Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (CIDE), no estado do Rio de Janeiro, e o Ministério do Trabalho e Emprego – Observatório do Mercado de Trabalho.

Os indicadores podem ser obtidos de consultas em bases de dados *on-line*, sendo ferramentas para uso o TabNet, o IDB e o impresso do IDB (folheto).

As bases de dados de saúde na internet mostram que foram realizadas 2.983.101 consultas à base de dados em 2008, cerca de 250 mil consultas/mês.

Quanto aos sumários, é possível a realização de consultas em bases de dados *on-line* e a síntese das informações necessárias para processos de pactuação e gestão, sendo ferramenta para uso o Caderno de Informações em Saúde.

O Caderno de Informações em Saúde surgiu da necessidade de mostrar ao gestor um conjunto de informações essenciais. Trata-se de planilhas (em formato Excel®), contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do MS. Essas planilhas podem ser exibidas diretamente pelo navegador (*browser*) ou copiadas para o equipamento do usuário. Possuem abrangência geográfica (país, região, estado, município) e temática (demografia, saneamento, rede assistencial, profissionais e equipamentos, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações e atenção básica).

Os Cadernos disponibilizados são gerados e atualizados periodicamente. O usuário apenas escolhe a abrangência geográfica desejada e realiza o *download*. A outra opção de obtenção do Caderno é a geração sob demanda. O *software* de geração dos Cadernos e os seus modelos também estão disponíveis para *download*. A conexão do computador do usuário é feita diretamente aos servidores de dados do DATASUS e são executadas as tabulações do TabNet.

Também são fontes de informações em saúde as pesquisas e inquéritos oportunos para a disseminação de dados pontuais, como a PNAD suplemento saúde 2003 (TabNet). Para a disseminação de dados amostrais, o programa TabNet sofreu uma evolução. Agora os dados relativos às amostras podem ser exibidos com os respectivos intervalos de confiança estatísticos, possibilitando ao usuário decidir se a amostra permite a realização de inferências para a população.

O FormSUS propicia a coleta de dados através da *web* para pesquisas pontuais, desde 2005, estando atualmente com cerca de 1.000 formulários ativos. Representa um apoio aos usuários que necessitam tabular dados de pesquisas e inquéritos para finalidades es-

pecíficas. Seus dados só são disseminados pelo próprio gestor do formulário eletrônico, e para o público para o qual ele concede permissão.

Muitos são os desafios existentes para as Salas de Situação, pois é preciso manter a base de conhecimento sobre padrões e conceitos que sustentam as informações; interagir com as equipes responsáveis pelas diversas fontes de dados para que as Salas de Situação estejam sempre atualizadas; organizar a disseminação padronizada dos sistemas de uso local/regional; usar tecnologias flexíveis o suficiente para atender às exigências dos distintos públicos; estabelecer padrões de interoperabilidade entre os sistemas de informação e as diversas Salas de Situação, para viabilizar a atualização automática e confiável; integrar os sistemas que hoje operam em plataforma *web*; capacitar os usuários; e fazer a gestão da qualidade das informações.

Sem dúvida, diante da complexidade e da diversidade de recursos e ferramentas existentes, o maior desafio é harmonizar as iniciativas que compõem esse “quebra-cabeça”, mantendo o que já está em uso ao mesmo tempo em que se busca a inovação.

A Biblioteca Virtual em Saúde no contexto das Salas de Situação

*Agnes Soares da Silva**

A Sala de Situação em Saúde é um instrumento para gerenciar Informação em Saúde para possibilitar a realização de um “diagnóstico situacional”, com orientação ao passado, presente e futuro, tendo em vista a busca de uma nova realidade ou uma nova situação¹. Dadas as condições adequadas, possibilita a tomada de decisão informada e, portanto, ajustada à realidade epidemiológica. Tem a função de também de contribuir para a interpretação dessa realidade e facilitar sua divulgação para autoridades, instâncias de controle social, profissionais, bem como para a população em geral. Como instrumento, segue a lógica da vigilância em saúde, podendo ser incorporado tanto ao planejamento, como na avaliação de tendências e de resultados de intervenções e práticas de saúde.

Para que a Sala de Situação possa operar a contento, é preciso haver um fluxo contínuo e dinâmico de informação em rede, que proporcione um ambiente propício para gerar novos conhecimentos que influenciem e impactem as políticas e práticas de saúde (novas ações, tomada de decisões, etc.). Também há necessidade de disseminar de forma adequada os novos conhecimentos gerados. Assim, ciclicamente, nova informação gera novo conhecimento que passa a compor a base de apoio para a projeção da nova realidade ou da nova situação. Esse conhecimento pode ser gerado em qualquer rede que alimente o sistema da Sala de Situação, seja ela de base geográfica, temática ou institucional.

A produção de dados em saúde não é homogênea, tanto em relação ao detalhamento em base geográfica, como também quanto à qualidade dos dados informados². No entanto, ainda que se estabeleça um fluxo contínuo de informação para municiar as salas de situação de base temática e/ou regional, é necessário criar os enlaces necessários com a literatura técnica e científica disponível para que a informação amalhada e analisada possa ser adequadamente interpretada e contextualizada.

* Médica com Especialização em Saúde Pública e Saúde do Trabalhador. Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Epidemiologia. Foi coordenadora de Programa de Saúde e Ambiente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Desde março de 2009 está vinculada à BIREME/OPAS/OMS, com a função de elaborar e assessorar projetos da Rede Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Contato: agnes.soares@bireme.org.

A Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) é um meio apropriado para organizar e disponibilizar as fontes de informação necessárias, contextualizadas e atualizadas *on line*, para compor as salas de situação. A publicação de produtos e serviços tem atualização permanente com interoperabilidade entre todas as fontes de informação da rede BVS e com outras redes nacionais e internacionais que sejam de interesse. Com o apoio da rede BVS, as Salas de Situação podem cumprir sua função de observatórios de saúde com objetivos bem definidos de coletar, analisar e interpretar dados com o fim de tomar decisões com base em evidências e estimular, desencadear, apoiar e acompanhar os efeitos de ações em saúde.

Sob a liderança da OPAS/OMS e coordenada e implantada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) a rede BVS (www.bireme.org) é o resultado da evolução da cooperação técnica em informação científica entre as instituições nacionais de saúde, educação e pesquisa da América Latina e Caribe (AL&C) para o desenvolvimento da saúde e da gestão e para o intercâmbio de informação e conhecimento em saúde³.

Esse aprendizado da BIREME tem origens históricas. Desde 1967, quando foi criada a BIREME, então Biblioteca Regional de Medicina, esse centro já nasceu como uma rede de bibliotecas. Em 1982, como passou a indexar a produção científica e técnica da América Latina e do Caribe, deixou de ser apenas uma biblioteca para ser um Centro de Informação e Indexação e, em 1987, com a descentralização dos serviços, passou a ser uma rede de Sistemas Nacionais de Informação, e não somente de bibliotecas³. Em 1998, com os recursos da Internet, nasce a Biblioteca Virtual de Saúde, através de um compromisso coletivo dentre os países da região firmado na Declaração de San José, Costa Rica⁴.

Em toda a história da BIREME há uma complexidade crescente de serviços e estruturas, mas não há nenhuma solução de continuidade em seus serviços, nem mudanças que comprometam o atendimento da diversidade de recursos encontrados nos países da região, já que em cada fase da sua história há apenas ampliação de capacidades e não negação dos recursos disponíveis na fase anterior. Assim é que, recursos como o SCAD, que permite a solicitação de cópias de materiais, e a distribuição de CD permanece lado a lado com a publicação de periódicos com texto integral *on line*, para atender diferentes necessidades³.

Além de uma estratégia, a BVS é um modelo operacional⁵ que institui um marco de trabalho pelo qual se programa um modelo de gestão de informação e do conhecimento, operando em três dimensões: redes sociais, redes de conteúdo e redes de ambientes aprendizes e informados. A BVS só pode atingir seus objetivos se houver efetivamente uma rede de pessoas promovendo o seu desenvolvimento de forma articulada e socializada. São essas redes que possibilitam a existência da BVS, proporcionando sustentabilidade e garantindo sua atualização permanente.

A dimensão de redes sociais abarca instituições e indivíduos, produtores, intermediários e usuários de informação científica e técnica em saúde. As redes de conteúdos englobam coleções de produtos, serviços e eventos de informação, fontes e fluxos de informação e objetos de aprendizagem, de disseminação seletiva e conectividade (minha biblioteca, estações BVS), de comunicação (notícias, espaços colaborativos *on line*) e de metodologias e tecnologias (normas, guias, terminologia, ferramentas). Para a BIREME, toda fonte de informação da BVS é um serviço *web* e pode ser recuperada em programas e interfaces de acordo com a necessidade ⁶.

As redes de ambientes aprendizes e informados da BVS garantem a capilarização e permanente atualização do conhecimento porque são ambientes em que predominam o intercâmbio de informação, experiências e conhecimento, muitas vezes gerando novas fontes de informação que também passam a alimentar a rede BVS. Os espaços colaborativos *on line* são promotores das três dimensões da BVS, de suas redes sociais, da rede de conteúdos e dos ambientes aprendizes e informados. O objetivo é promover a inclusão das instituições participantes, desenvolver fluxos locais de informação sustentáveis e contextualizar as fontes, com terminologias adequadas à necessidade de informação ⁶.

O desenvolvimento do Sistema de Saúde depende dessa capacidade de disseminação e capilarização do conhecimento, representado tanto pela disponibilização da informação técnica e científica e de evidências, como pelo apoio à sua incorporação em fluxos locais de informação. A disponibilização de informação técnica e científica pela BVS não é suficiente para assegurar sua incorporação nas práticas, processos e políticas de saúde. A contextualização da informação, conhecimento e evidência científica da BVS nos processos de tomada de decisão continua sendo um grande desafio. Assim como tem sido um instrumento de apoio à construção do SUS no Brasil, a proposta, que também é um desafio, é a adoção da BVS como uma estratégia e um modelo de operar fontes e fluxos de informação em saúde como apoio e parte integrante da função observatório de saúde e das salas de situação de saúde.

Referências bibliográficas

1. Matus C. Planificación de Situaciones. Caracas: CENDES, 1977.
2. Frias PG, Pereira PM, Andrade CL, Szwarcwald CL. [Mortality Data System: a case study on municipalities with data underreporting]. Cad Saude Publica 2008;24(10):2257-66.
3. Packer AL. A construção coletiva da Biblioteca Virtual em Saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação 2005;9:249-272.
4. VI Reunión del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Salud ICPdIeCdl. Declaración de San José hacia la Biblioteca Virtual en Salud. San José, Costa Rica: BIREME/OPS/OMS, 1998.
5. BIREME/OPAS/OMS. Informe de avaliação da BVS em seus 10 anos de operação São Paulo, 2008.
6. BIREME/OPS/OMS. Ambientes aprendices e informados para la transferencia de conocimiento. News Letter BVS, 2009.

Atlas de Água, Saúde e Saneamento*

*Christovam Barcellos***

No Brasil, a maior parte da população urbana vem adquirindo acesso à água, através da expansão de redes de abastecimento, sem que, por outro lado, sejam promovidos a coleta e tratamento adequado de esgotos e lixo. A combinação entre esses fatores traz um novo desafio para a saúde pública, que deve ampliar seu olhar sobre a questão do saneamento, para além da cobertura de serviços, e incluir o monitoramento e ações efetivas sobre a qualidade da água e vulnerabilidade de sistemas de abastecimento. A análise integrada de indicadores que avaliem as condições climáticas, de habitação, de pobreza e da qualidade da água permite revelar contextos particulares em que esses problemas de saúde ocorrem e subsidiar políticas específicas para grupos sociais e regiões.

O projeto do Atlas de Água, Saúde e Saneamento do Brasil tem como objetivo principal a disponibilização de informações aos gestores e cidadãos, através de sítio na internet. Foram selecionados e construídos indicadores que expressam as condições gerais de saneamento, da qualidade da água e doenças relacionadas à água. Esses indicadores foram dispostos em mapas, tabelas e gráficos para a composição de um acervo de dados sobre saneamento e saúde no Brasil e que podem ser utilizados como linha de base para a avaliação dos impactos futuros das políticas de saneamento e recursos hídricos sobre as condições de saúde.

Acompanhe o projeto no endereço www.aguabrasil.cict.fiocruz.br

O desenvolvimento do projeto passou pelas seguintes etapas: identificação dos sistemas de informação sobre saúde (SIH-SUS, SINAN e SIM) e saneamento (SIH-ANA, SNIS, Censo 2000, SISAGUA e PNSB) e avaliação da disponibilidade e qualidade dos dados; construção e validação de indicadores e índices de qualidade da água, estrutura e funcionamento dos sistemas de saneamento e doenças relacionadas à água; e elaboração

* A experiência de construção do Atlas de água, saúde e saneamento do Brasil é desenvolvida pela equipe: Christovam Barcellos, Renata Gracie, Heglaucio Barros, Mônica Magalhães, André Redivo, Mauro Erbert, Regilo Souza, Patrícia Feitoso, Vanessa Souza, Roberta Argento.

** Graduado em Geografia e em Engenharia Civil, possui Doutorado em Geociências. É Pesquisador Titular da FIOCRUZ e Chefe do Laboratório de Informações em Saúde. Trabalhou como sanitarista nas secretarias estaduais de saúde do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Atua na pesquisa e ensino de Geografia da Saúde com ênfase em Vigilância em saúde, principalmente nos seguintes temas: geoprocessamento, vigilância em ambiental em saúde, análise espacial, indicadores de saúde e sistemas de informações geográficas. Contato: xris@icict.fiocruz.br.

de mapas contendo informações geográficas relevantes para a análise de riscos e para o processo decisório. Foram utilizados Sistemas de Informação Geográfica (SIG) para a integração dessas informações permitindo obter relatórios textuais e em forma de mapas para os indicadores selecionados, em diferentes níveis de agregação.

A proposta do sistema foi avaliada por grupo de trabalho coordenado pelo Laboratório de Informações em Saúde, do qual participaram profissionais e pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CpqAM/Fiocruz), Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM/SVS), Ministério das Cidades, Agência Nacional das Águas (ANA) e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais do Rio de Janeiro e de São Paulo. As oficinas realizadas permitiram:

- A seleção de indicadores mais importantes dentro do elenco disponível nos sistemas de informação.
- A adoção de unidades espaciais de agregação de dados e escalas de representação (município, bairro, distrito, UF, etc.).
- Seleção de informações cartográficas auxiliares para análise (rios, rodovias, bacias, etc.) e legenda dos mapas.
- Elaboração de glossário de termos técnicos e legislação.
- Adoção de padrões de apresentação gráfica de resultados.

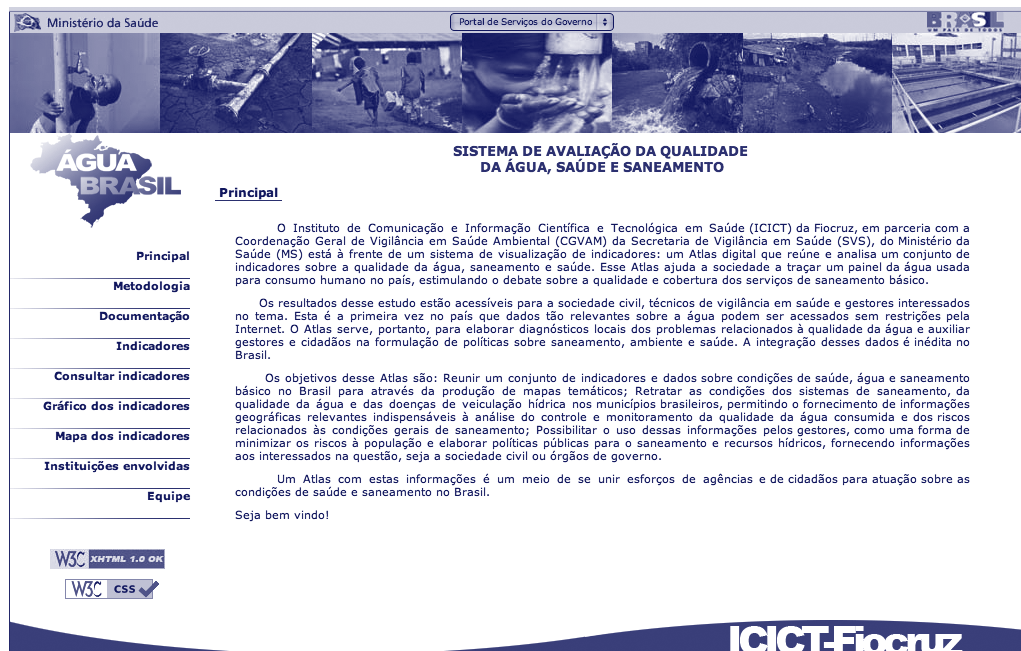
Foram selecionadas 94 variáveis e dessas calculados 73 indicadores. As condições de saneamento foram avaliadas por meio de indicadores de cobertura da rede e fonte de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, domicílios sem banheiro, proporção de população urbana e população vivendo em favelas. A qualidade da água foi avaliada pela existência de tratamento nos municípios, tipos de captação e rede de distribuição, e o cumprimento da legislação de qualidade da água para consumo humano. Como indicadores epidemiológicos de problemas relacionados ao saneamento foram analisadas as taxas de mortalidade por diarreias em crianças menores que 5 anos, e taxas de incidência, mortalidade e internação por leptospirose, hepatite A, febre tifóide, esquistossomose e dengue.

Os mapas produzidos permitiram identificar áreas de maior incidência de doenças de veiculação hídrica. Apesar de todos esses agravos à saúde estarem relacionados a problemas de saneamento, observou-se distribuição bastante heterogênea entre esses agravos, sendo a leptospirose concentrada em municípios da Região Sul, a cólera e esquistossomose na zona costeira da Região Nordeste, e a hepatite A na Região Norte.

A interação entre fatores de risco como a ausência de redes de distribuição de água, ausência de redes de coleta de esgoto e alta densidade demográfica representa de maneira sintética o risco de transmissão de doenças. A distribuição do índice combinado de risco mostra a concentração de municípios mais vulneráveis na área ao norte da Região

Nordeste e estado do Pará, no planalto meridional da Região Sul e ao longo da zona da mata do Nordeste. Nessa última área, o índice combinado de risco de transmissão aponta com grande precisão as possíveis áreas de transmissão de esquistossomose. A maior parte da população brasileira reside em municípios com alta cobertura da rede da distribuição. No entanto, deve-se destacar a existência de parcela considerável dessa população que recebe água não tratada ou não possui banheiro ou rede interna de água no seu domicílio.

A principal página desse Atlas é mostrada a seguir:



O Atlas permite o relacionamento entre dados, gerando gráficos e mapas, e a busca de informações e mapas em outro servidor, possibilitando a agregação de dados e a sobreposição de camadas de informação sobre os mapas. Várias buscas podem ser realizadas, como a consulta de todos os indicadores de um município ou Unidade da Federação (UF), de um mesmo indicador para todos os municípios ou UFs ou de até sete indicadores por UF. É possível também produzir gráficos, como, por exemplo, a série histórica de um indicador por município.

O site foi lançado em maio de 2008 e recebeu até outubro de 2009 cerca de 6.500 visitas com exibição de mais de 17.000 páginas. A grande maioria dos usuários (75%) provém de sites de pesquisa (Google, Yahoo, Cadê, Aonde, entre outros). O percentual de visitas por tráfego direto e links de outros sites é de 12,65% e 12,35%, o que ressalta a impor-

tância de se manter as atualizações desse sistema. As páginas mais visitadas do sistema são os glossários (de doenças relacionadas à água, de termos técnicos de saneamento e meio ambiente), a consulta às tabelas e gráficos e os mapas relacionados (em ordem decrescente).

Outras iniciativas semelhantes estão sendo produzidas no Laboratório de Informações em Saúde (LIS/ICICT/FIOCRUZ) em parceria com outras instituições, como o ProAdess (www.proadess.cict.fiocruz.br), que procura elaborar uma metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de *Saúde Brasileiro* formulando indicadores de equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde, e o Monitorimi (www.monitorimi.cict.fiocruz.br), que disponibiliza estimativas de mortalidade infantil e outros indicadores relacionados ao tema. Essas iniciativas procuram percorrer todo o ciclo da informação, desde a produção de dados, seu tratamento estatístico, considerando hipóteses e teorias, e a geração de informação, o que envolve instrumentos e conceitos de comunicação.

Os sistemas de divulgação de indicadores, como o Atlas de ÁGUA, SAÚDE e SANEAMENTO, são espaços de observação (observatórios) que permitem o acompanhamento e monitoramento de tendências e atendem a usuários específicos. Não têm a mesma finalidade de outras Salas de Situação, que oferecem pronta resposta e análises de situações de emergência. Além disso, os observatórios requerem recortes temáticos; usam diversas fontes de informação, algumas de baixa frequência de atualização (como PNAD, censos, e inquéritos) e contêm textos analíticos, e não apenas valores numéricos.



“A saúde pública é uma espécie de rede de redes, onde um guarda-chuva amplo e multifacetado que protege o bem-estar da humanidade se mantém aberto todos os dias, devido às ações de inúmeros indivíduos.”

*Mirta Roses-Periago**

* Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde.

CAPÍTULO VII: RIPSA: Alcances e Perspectivas no Âmbito Nacional

Como instrumento de cooperação técnica para um processo de mudanças, surgiu em 1996, no Brasil, a proposta da RIPSA. Trata-se de uma rede de instituições com responsabilidade na produção, análise e disseminação de informações, associadas em torno do objetivo comum de sistematizar e aperfeiçoar as informações disponíveis para subsidiar a política de saúde. A atuação da Rede se baseia em deliberações colegiadas, tomadas por consenso em fóruns representativos das instituições parceiras.

A experiência da RIPSA no nível federal, acumulada ao longo de mais de 10 anos, consolidou um processo de trabalho interinstitucional na área de informação em saúde que vem possibilitando o fomento de iniciativas similares no âmbito dos estados e municípios. Essa nova etapa é consequência natural do processo estabelecido, por levar os níveis descentralizados de gestão do setor saúde a discutirem a qualidade da informação e o seu uso na organização e funcionamento dos serviços.

Para desenvolver essa linha de atuação e apoiar iniciativas nas unidades federadas, a RIPSA instituiu o *Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) “RIPSA no Estado”*, com representantes de várias instituições integrantes da Rede nacional, em especial do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Em ação conjunta com o Conass, os gestores de saúde de cinco estados – Tocantins, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul – tomaram a iniciativa de desenvolver projetos-piloto de implantação da RIPSA. O processo se iniciou com a realização de oficina de trabalho com as equipes estaduais incumbidas do projeto, realizada em dezembro de 2007.

Hoje, completando o segundo ano do projeto, os coordenadores estaduais da iniciativa relatam neste capítulo a sua experiência na implementação da Ripsa, bem como suas expectativas e vivências. O painel, que ocorreu na Oficina de Trabalho sobre Sala de Situação de Saúde, teve a coordenação do Dr. Otaliba Libânio** e a contribuição das

* Médico, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Estudos de Mortalidade. Foi Secretario Municipal de Saúde e membro dos Conselhos Nacional e Estadual de Secretários de Saúde. Atualmente é Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Contato: otaliba.morais@saude.gov.br.

seguintes palestrantes: Dra. Márcia Mazzei – representante da RIPSa na SES/BA; Dra. Márcia Faria – representante da RIPSa na SES/MG; Dra. Dulce Quevedo – representante da RIPSa na SES/SC; e, Dra. Soraia Santana – representante da RIPSa na SES/TO.

Perspectivas da RIPSA no Estado da Bahia

*Márcia Mazzei**

Com o objetivo de estimular a aplicação da metodologia da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), foram escolhidos cinco estados, de cada região do país, para implementar o projeto-piloto. A iniciativa visa qualificar as informações a serem difundidas, construindo conhecimento para a ação e tomada de decisão.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia dispõe, na sua estrutura, de uma Diretoria de Informação em Saúde – DIS, vinculada à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. A DIS atende a solicitações diversas e elabora perfis epidemiológicos e análises de situação de saúde, através da sua coordenação de Análise e Divulgação. A Diretoria disponibiliza, ainda, dados preliminares e atualizados aos usuários e comunidade em geral, através do seu *site*. Nessa página, estão disponíveis os Cadernos de Informação em Saúde, produzidos nos moldes do DATASUS, além de tabuladores de dados (TabNet) relativos à população, nascidos vivos, agravos de notificação e mortalidade. São disponibilizadas, ainda, a legislação que regulamenta os sistemas de informação de base populacional, além das orientações diversas para técnicos que operacionalizam os sistemas, nos diferentes níveis de gestão.

A expectativa é de que a página na Internet esteja em contínuo processo de melhoria e que também se dê continuidade à divulgação de informações em saúde através dos anuários estatísticos e boletins temáticos trimestrais.

Visando uma maior autonomia dos usuários da informação em saúde, estão sendo oferecidos cursos e capacitações para uso do TabNet, acesso às bases de dados dos principais sistemas de informação em saúde e construção de indicadores, especialmente os do Pacto pela Saúde. Observa-se que a disponibilização dos Cadernos de Informação e do aplicativo TabNet estadual e as capacitações realizadas, vem diminuindo o número de solicitações de informação dos usuários, especialmente aqueles da Secretaria Estadual da Saúde.

* Médica com especialização em Saúde Pública e Informação em Saúde. Atualmente é Diretora de Informação em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e Representa a Rede RIPSA no Estado da Bahia. Contato: ripsa.bahia@saude.ba.gov.br.

Além da disponibilização de informações para gestores e usuários diversos, a Diretoria de Informação em Saúde – DIS vem empreendendo esforços para a qualificação da informação em saúde no estado através de capacitações, seminários e oficinas para técnicos de municípios e de diretorias regionais de saúde.

Apesar dessas iniciativas, as informações se apresentam incompletas e com baixa qualidade. Dentre os principais agravantes dessa situação, destaca-se a grande extensão do estado e seu grande número de municípios (417) sendo cerca de 50% com menos de 20 mil habitantes. Além disso, observa-se uma alta rotatividade de pessoal capacitado e a persistência de uma cultura de não-valorização do registro de dados, especialmente por profissionais médicos.

Várias iniciativas da SES/BA devem ser ressaltadas, de forma positiva, como o reconhecimento da capacidade institucional de produzir dados, gerir informação e construir conhecimento; o reconhecimento da importância estratégica da “informação” como subsídio para a tomada de decisão – planejamento estratégico como dispositivo para fortalecer a ação governamental; o monitoramento das informações político-gerenciais pelo colegiado de gestão e pelo gabinete do Secretário da Saúde; a ampliação dos espaços institucionais de interlocução com a sociedade, conferindo transparência e ética à gestão do SUS; a ampliação das parcerias com instituições e outros órgãos de governo, para produzir qualificação dos processos informacionais (produção de dados, gestão da informação e aprendizagem organizacional); e, as parcerias com organismos internacionais (OPAS/Brasil) para a construção de projetos estratégicos de qualificação da gestão da informação e do conhecimento em saúde.

Dentro desse contexto a RIPSBA-BA é orientada pelos objetivos de promover o intercâmbio entre instituições produtoras de informações de interesse para a saúde, qualificar as informações para a gestão, divulgar informações confiáveis para todos os níveis do sistema e, aprimorar os sistemas de informação em saúde.

O percurso técnico para atingir os objetivos já apontados foi: reunião preparatória para a instalação da RIPSBA-BA, que ocorreu em 1.º/09/2008; realização da primeira Oficina de Trabalho Interagerencial (OTI), em 7/10/2008 e da segunda, em 18/11/2008; criação dos Comitês de Gestão de Indicadores (CGI) em 21/04/2009; e realização da terceira OTI, em 21/05/2009.

Na trajetória de qualificar as informações, a produção dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IBD) na Bahia está sendo realizada desagregando-se os dados por município, para serem disponibilizados através da Internet. Serão apresentados números absolutos para localidades que apresentam dados com baixo grau de confiabilidade e pretende-se padronizar uma sinalização de acordo com o nível de confiabilidade dos dados. Também serão apresentados dados e indicadores agrupados segundo regionais

de saúde, macro e microrregiões de saúde, sendo esse último o nível de desagregação definido para apresentação no folheto impresso do IDB.

Os principais problemas enfrentados para o andamento dos trabalhos foram as dificuldades para conciliação da rotina dos técnicos com as atividades dos CGI, além das bases de dados incompletas e as dificuldades no estabelecimento de parâmetros para a construção de indicadores, em decorrência da heterogeneidade dos municípios.

Na aplicação da metodologia e constituição dos CGIs, já se observam avanços e dificuldades no seu percurso, bem como a existência de produtos. Nos CGI Demografia e Socioeconômico (fundidos), alguns indicadores estão disponíveis apenas para anos censitários e alguns dados não podem ser desagregados para o nível municipal.

O maior problema enfrentado pelo CGI Mortalidade decorre dos dados incompletos, devido à cobertura inadequada do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), em diversos municípios do estado, o que implica dificuldades para definição de parâmetros para cálculo de indicadores por município. Além disso, alguns dos seus membros são inexperientes no trato com informação em saúde.

Para o desenvolvimento dos trabalhos do CGI Morbidade e fatores de risco, a principal dificuldade foi a definição das bases de dados a serem utilizadas: hipertensão, diabetes, tabagismo, saúde bucal, além de problemas relativos às baixas coberturas de sistemas do SIAB e dificuldades no acesso a bases de dados do registro de câncer.

No CGI de Cobertura, dentre as dificuldades encontradas destaca-se o fato de que alguns indicadores não podem ser calculados por município, por exemplo, consultas médicas (SIA), que se concentram em municípios pólo de microrregião. Outro problema enfrentado pelo grupo foi o elevado percentual de glosas para o ano de 2008, ano em houve mudança da tabela de procedimentos (SAI e SIH).

O CGI Recursos foi formado, apenas, na última OTI, por dificuldades na agenda dos seus integrantes.

Perspectivas da RIPSAMG no Estado de Minas Gerais

*Márcia Faria**

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais reconhece e valoriza a importância da informação e assim incentiva experiências que buscam facilitar e agilizar o acesso à informação em saúde.

Nesse campo, vários são os desafios a serem superados. Podemos citar dentre outros os diversos sistemas de informações existentes que não interagem entre si, as propostas isoladas de soluções, o alto custo operacional envolvendo tanto equipamentos quanto recursos humanos e a descontinuidade de alguns projetos.

A gestão do SUS cada vez mais voltada para o alcance de metas e resultados e a necessidade cada vez maior de informação com qualidade e no menor tempo possível, tem levado o SUSMG a buscar parcerias com as diversas instituições envolvidas tanto com a produção, como a análise, qualificação e também a divulgação dessas informações.

A RIPSAMG é um projeto em construção. Com o apoio da RIPSAMG nacional, que com um trabalho valorizado e reconhecido tem qualificado a informação em nível nacional, Minas Gerais busca também reunir forças, conhecimento e determinação na busca do consenso pela melhor informação em saúde, pois a descentralização da RIPSAMG em Minas Gerais é um grande avanço principalmente se for considerado o potencial que o uso da informação qualificada poderá acarretar nas 75 microrregiões de saúde existentes.

Muito se há para fazer. Necessário fortalecer uma cultura institucional e operacional voltada para a qualificação das informações produzidas. Também se faz necessária a utilização da informação gerada com o objetivo de melhorar sua qualidade.

A RIPSAMG realizou sua primeira OTI em dezembro de 2008, e a partir de então tem trabalhado, por meio de quatro CGIs definidos em Cobertura e Recursos, Mortalidade, Morbidade e Demográfico e Sócio Econômico, para cumprir a programação de realizar seu primeiro IDB.

* Sanitarista e Epidemiologista. Tem especialização em Gestão Microrregional e mestrado em Administração Pública. É Gerente de Inteligência Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Contato: marcia.faria@saude.mg.gov.br.

O desafio é grande e a certeza do alcance de seus resultados também o é.

Momentos de reflexão, como o evento sobre as ‘Experiências de Sala de Situação em Saúde’, são fundamentais para rever as vivências em curso e planejar o trabalho, visando sua melhoria e a qualificação do SUS.

Perspectivas da RIPSA no Estado de Santa Catarina

*Dulce Quevedo**

A RIPSA de Santa Catarina tem como perspectivas intensificar os processos de integração institucional para a qualificação da informação; incorporar a cultura do uso da informação no processo de decisão e planejamento; e, internalizar a cultura de disseminação da informação nas instituições. Tais ações são avaliadas como de grande importância dado que há um amplo leque de informações disponíveis e nem sempre utilizadas no processo de decisão e planejamento.

Considera-se fundamental que durante todo o processo sejam estabelecidas parcerias para a melhoria da qualidade da informação, promovendo a descentralização, com participação efetiva dos municípios; que sejam unificadas as metodologias de captação, análise e tratamento de dados e informações que qualifiquem os resultados e legitimem os dados disponibilizados; que se torne possível a integração da área de vigilância em saúde às demais, bem como se possa integrar os colegiados regionais no processo de análise da informação, que deverá subsidiar os planejamentos participativos e o alcance de metas; e ainda, que haja condições de romper processos históricos de centralização da análise e uso das informações.

Em relação ao alcance da RIPSA no estado, destaca-se como avanço a discussão da importância dos indicadores de saúde para a gestão, pois o tema foi levado para as diversas áreas, sendo debatido não só dentro da secretaria, como também nas instituições parceiras e no COSEMS. Após um período de interlocução a formação dessa Rede se dá a partir da realização da primeira OTI no Estado e da formação dos Comitês de Gestão de Indicadores (CGI). Nesse percurso foi possível a integração da área de vigilância em saúde graças ao processo de discussão do uso da informação em saúde e da participação de membros dos colegiados de gestão nos CGIs. Considera-se ainda como ponto forte no processo da instalação da RIPSA no Estado a proximidade que o tema 'indicadores de saúde' passa a ter com a 'área da gestão' através de debates nos CGI da inclusão dos indicadores do Pacto, desde uma perspectiva conceitual até sua utilização.

* Formada em Enfermagem com especialização em Administração Hospitalar e Empreendimentos de Saúde, é Gerente de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina e atua também como Secretária Técnica da RIPSA naquele estado. Contato: dulcequevedo@saude.sc.gov.br.

A inserção dos conteúdos de informação em saúde nos cursos de capacitação da SES e a realização de cursos de pós-graduação na área de informação em saúde, como o de Planejamento, Gestão e Informação em Saúde, criado pela Escola de Saúde Pública da SES, foram também contribuições importantes ao processo de implantação da RIPSa.

Após a primeira OTI a área de informática da SES começou-se a desenvolver um trabalho de elaboração do *layout* da página e da logo da RIPSa no Estado, que foi apresentado e aprovado na segunda OTI. Diante dessa aprovação, a construção da página da RIPSa/SES passa a conter os dados de Santa Catarina e ainda todas as ajudas memória/resumos das OTI, bem como os documentos elaborados pela Secretaria Técnica e a relação de participantes. Tendo em vista a experiência pioneira do CGI de Mortalidade, sendo ele o primeiro a iniciar o processo, já se encontra disponível na página os dados e também as fichas de qualificação do referido CGI.

A página-*web* vigente oferece ainda um conjunto de dados que foi intitulado “Construindo IDB, situando Santa Catarina”, onde são encontradas comparações de indicadores do Estado com a Região Sul e o Brasil, bem como América do Norte e América Latina, cuja fonte principal e inspiração para o trabalho foi encontrada no folheto da OPAS/OMS – *Situación de Salud en las Américas* – Indicadores Básicos 2008: América do Norte e América Latina.

Perspectivas da RIPSA no Estado do Tocantins

*Soraia Santana**

O Estado do Tocantins possui um grande desafio, que é a operacionalização de ações e serviços de saúde numa realidade em que 86% dos municípios possuem população abaixo de 20 mil habitantes. É preciso lembrar que as políticas de saúde não raramente priorizam incentivos para municípios com população acima de 100 mil habitantes. Frente a essa realidade, aprimorar e priorizar informações numa construção coletiva através dos Colegiados de Gestão Regional se torna uma necessidade da gestão, implementando e discutindo políticas públicas de acordo com a análise das informações e executando ações que gerem impactos regionais.

A priorização da informação para tomada de decisão da gestão tem como principal objetivo a busca por uma maior fidedignidade dos dados e o desenvolvimento de estratégias para impedir a desconstrução da prioridade das metas pela troca constante de gestores, sejam estaduais ou municipais. Espera-se também uma maior qualificação da equipe gestora do estado e dos municípios de forma permanente. Merece ser ressaltado o fato de que inúmeras informações disponíveis nos computadores das SES não são disponíveis para a gestão em saúde, seja por falta de uma sistematização, de comunicação interna e/ou de ferramentas operacionais.

A RIPSA no estado tem como perspectiva a otimização dos recursos existentes no estado e nos municípios, criando fluxos, fóruns de articulação e mobilização, na busca da qualificação das informações; a qualificação da coleta de dados, buscando a melhoria da informação; a promoção da adesão e da sensibilização dos gestores municipais e dos prefeitos para compreensão da importância e relevância da informação para a gestão; a ampliação da capacidade técnica das equipes de informação e informática em saúde num processo permanente; o fortalecimento da intersetorialidade na gestão da saúde; e, a promoção da melhoria da gestão estadual e municipal no que se refere aos sistemas de informação.

* Graduada em Biologia. Especialista e Mestre em Saúde Pública. Atualmente trabalha na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins na função de Diretora de Gestão de Planejamento e Descentralização da Saúde. Contato: soraia@saude.to.gov.br.

Quanto ao alcance da RIPSA no estado, destaca-se a incorporação da importância do uso da informação para a gestão; a sensibilização dos Colegiados de Gestão Regional quanto à qualidade da coleta de informação; o fortalecimento intersetorial da equipe gestora da SESA; a sensibilização da interlocução institucional; a aprovação pelo CES e CIB da implantação do projeto RIPSA no estado, com a realocação dos recursos para sua execução; o fechamento do Documento Básico da RIPSA e Esquema Básico da OTI; e, a definição da primeira OTI no Estado.

A descontinuidade dos projetos, fato que frequentemente ocorre nas políticas de saúde, é frustrante, mas a semente foi plantada e não foi em vão. A Sala de Situação mostrou uma realidade que não era conhecida e tem o potencial de fomentar mudanças nos serviços de saúde. A RIPSA no estado vem mostrando a importância da informação, em sua complexidade, para a administração, cooperação e intersectorialidade dos sistemas, contribuindo para a geração de pesquisas, processos e produtos, destinados a subsidiar o planejamento e a tomada de decisões.



“O senhor ... mire, veja: o mais importante e bonito do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando.”

*Guimarães Rosa**

* Guimarães Rosa tomando café com um homem do sertão – 1956.

Conclusões e Recomendações

As discussões do evento “*Salas de Situação de Saúde no Brasil: sistematizando as experiências*” permitiram o intercâmbio das diversas experiências de SDSS, além de sistemas de informação e tecnologias aplicadas à tomada de decisão e qualificação da gestão da saúde. Como desdobramentos, ainda, o reconhecimento de iniciativas bem sucedidas do Ministério da Saúde e outros gestores do SUS no Brasil, bem como a identificação de processos internacionais de estudos e análises de tais experiências.

A diversidade de conceitos e aplicações relativos ao tema deve ser ressaltada. Com efeito, os variados processos e experiências em SDSS e tecnologias correlatas existentes nas três esferas do SUS apontam para conceituação também variada, determinada pelo uso, com funções diferenciadas, refletindo contextos históricos específicos.

Observa-se que os distintos olhares oriundos dos diversos atores envolvidos com a sistematização e uso da informação, sejam eles epidemiologistas, gestores ou ainda atores com maior vínculo com a área da informática, geram recortes também distintos no uso e na conceituação da SDSS. Tal fato pode ser melhor compreendido ao analisarmos as experiências apresentadas no evento. Enquanto algumas experiências concebem a SDSS como um conjunto de planilhas e gráficos alimentados por um aplicativo capaz de integrar informações de diferentes fontes e características, outras a concebem como um espaço físico e virtual, onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe de trabalho, para caracterizar a situação de saúde de uma população, transformando-se, destarte, em um instrumento para a gestão institucional, especialmente nas situações de emergência. Outras visões ainda a situam como unidades de inteligência epidemiológica dotadas de visão integral e intersetorial, com capacidade de exercer a análise e a avaliação sistemática e permanente da situação de saúde, não só existente como prospectiva.

Tal diversidade se expressaria não só nas definições e conceitos, mas também no que tange à operacionalização; uso; funções; tecnologias envolvidas; processos de automação; diferentes vivências, em função de tempo de existência; caráter mais analítico ou intervencionista; natureza pontual ou difusa; processos de monitoramento, além de variada prontidão nas respostas oferecidas, sendo algumas delas mais processuais e outras exigindo resposta rápida.

Do ponto de vista dos contextos, as SDSS brasileiras geralmente são organizadas em cenários relativamente padronizados em função das demandas de apoio à gestão do SUS,

bem como pela necessidade de oferecer informação sistematizada sobre a situação de saúde e suas tendências. Também é característica comum no cenário brasileiro a dificuldade resultante da multiplicidade de fontes nacionais de informação, o que produz difícil apropriação da mesma por parte dos gestores nas três esferas do SUS, assim como problemas estruturais, como aqueles identificados na origem e desenvolvimento dos sistemas nacionais de informação em saúde (SIS), nas condições de registro na produção de serviços, no gerenciamento dos SIS nas esferas de gestão; na realização de inquéritos de saúde ou na demanda de informação para o planejamento em saúde.

As diversas experiências também apontam para uma compreensão de que as SDSS devem ser norteadas pelos pressupostos mostrados no quadro abaixo:

- O setor saúde não pode prescindir de informação estratégica que embase o processo decisório (complexidade intrínseca do setor);
- As informações necessárias transcendem a produção própria do setor saúde (inter-setorialidade);
- A utilização da informação para a saúde requer processo contínuo de sistematização e análise (órgão técnico profissionalizado);
- As instituições produtoras de informação estratégica devem ser partícipes de um processo de cooperação técnica (necessidade de mecanismos estáveis de articulação interinstitucional);
- O desenvolvimento da área de informação em saúde está vinculado à priorização política do uso de informações estratégicas para a tomada de decisões no setor.
- A produção e disseminação de informações qualificadas, por meio de processos de construção coletiva e com estímulo ao intercâmbio de experiências bem sucedidas, constituem estratégias eficazes para sensibilizar os gestores da saúde a valorizarem a informação no processo decisório do SUS.

Importante reconhecer, ainda, que há avanços expressivos e potencialidades da área de informação em saúde no Brasil, assim identificadas: (a) disponibilidade de bases nacionais completas na internet, facilitadas ao usuário, através do DATASUS; (b) capacitação profissional e crescente valorização da informação, mediante apreciável interação serviço-academia, com mediação da ABRASCO; (c) facilidade de consulta à produção técnico-científica, com destaque para a atuação da BIREME; (d) fortalecimento da capacidade de análise epidemiológica no Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS); (e) reconhecimento amplo da utilização da informação para controle no SUS, com as iniciativas em curso de pactuação de indicadores, informes de gestão e outras.

Os desafios que devem ser enfrentados na conformação de uma rede de SDSS dizem respeito, de maneira geral, ao estabelecimento de padrões para interoperabilidade entre os sistemas de informação entre as diversas SDSS, no sentido de viabilizar a atualização

automática e confiável das mesmas. Além disso, cabe integrar os sistemas que hoje operam em plataforma Web; realizar intensivamente a capacitação dos usuários do sistema; realizar esforços de gestão de qualidade das informações; buscar de forma intensiva e permanente a inovação e a sustentabilidade dos processos em curso.

A oficina de trabalho ressaltou a necessidade de manter o tema Sala de Situação de Saúde no cerne das discussões sobre sistematização, intercâmbio e difusão do conhecimento em saúde, apontando para a viabilidade do desafiante empreendimento de unir o conhecimento teórico às práticas de gestão e assim caminhar no rumo da almejada *cultura informacional* para o setor saúde. Este foi o compromisso assumido pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde do Brasil, já manifestando seus frutos por intermédio dessa publicação e da conformação de um Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) pertencente à Rede de Informações para a Saúde (Ripsa), para tratar e dar continuidade a essa importante temática.

Oficina sobre Salas de Situação de Saúde no Brasil **Brasília, 26 e 27 de maio de 2009, sede da OPAS/OMS no Brasil.**

Conferência inaugural – O que há por trás dos dados?

- Dr. Roberto Becker (OPAS/OMS no Brasil)

Painel 1: Sala de Situação na América Latina e as experiências do Brasil

- Moderador: Dr. Gustavo Bergonzoli (OPAS/OMS no Brasil)

O histórico das salas de situação no Brasil

- Dr. Helvécio Bueno (SDS/DF)

Panorama das iniciativas de Sala de Situação na América Latina

- Dr. Jose Moya (OPAS/OMS no Brasil)

A RIPSA no Brasil: alcances e perspectivas

- Dr. João Baptista Risi (OPAS/OMS no Brasil)

Painel 2: A informação em saúde no processo de gestão de políticas de saúde

- Moderador: Dr. Neilton Santana (Chefe de Gabinete da SE/MS)

A experiência da Sala de Situação em Saúde no Ministério da Saúde

- Dr. José Rivaldo França (SPO/SE/MS)

A experiência do CIEVS/SVS/MS

- Dr. George S. Dimech (CIEVS/SVS/MS)

Sala de situação em Saúde e Ambiente

- Dra. Daniela Buosi (SVS/MS)

Painel 3: Salas de situação no processo de tomada de decisões em nível estadual

- Moderador: Dr. Ayrton Martinello (SPO/SE/MS)

Sala de situação no Distrito Federal

- Dr. Helvécio Bueno

Observatório de Saúde da Grande São Paulo

- Dr. Pedro Dimitrov (FUNDAP/SP)

Sala de Situação no Estado do Rio de Janeiro

- Dra. Mônica Maria Rocha Clemente Machado (SESDEC-RJ)

Sala de Situação de Santa Catarina

- Dra. Angela Maria Blatt Ortiga (SES/SC)

Painel 4: Salas de situação: processo de tomada de decisões em nível municipal

- Moderador: Dr. André Luiz Bonifácio Carvalho (SEGEP/MS)

Painel de monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

- Dr. Marcos Drumond (CEINFO – SMS/SAP)

Sala de Situação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE

- Dr. José Rubens Costa Lima

Sala de Situação da Secretaria Municipal de Olinda/PE

- Dra. Livia Souza (Diretora de Planejamento da SMS de Olinda)

Sala de Situação da Secretaria Municipal de Uberlândia

- Dra. Maria Margaret Lemos (SMS de Uberlândia/MG)

Painel 5: Sistemas de informação em saúde e as tecnologias disponíveis

- Moderador: Dr. Ernani Bandarra

Atlas de água e saúde

- Dr. Christovam Barcellos (FIOCRUZ/MS)

Fontes de informação em saúde

- Dra. Márcia Marinho -DATASUS/MS)

Sistemas de informação, análise em saúde e novas ferramentas tecnológicas

- Dr. Rogério Sugai

Salas de Situação no contexto da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)

- Dra. Agnes Soares da Silva (BIREME/OPAS/OMS)

Painel 6: RIPSAs: Alcances e perspectivas no âmbito nacional

- Moderador: Dr. Otaliba Libânio (DASIS/SVS/MS)

Saúde Brasil 2008

- Dr. Otaliba Libânio (DASIS/SVS/MS)

RIPSA no Estado: Bahia

- Dra. Márcia Mazzei – representante da RIPSA na SES/BA

RIPSA no Estado: Minas Gerais

- Dra. Márcia Faria – representante da RIPSA na SES/MG

RIPSA no Estado: Santa Catarina

- Dra. Dulce Quevedo- representante da RIPSA na SES/SC

RIPSA no Estado: Tocantins

- Dra. Soraia Santana – representante da RIPSA na SES/TO

Sessão plenária e debate final

- Conclusões e recomendações

Guia de Fontes de Informação

Portais institucionais – Organismos internacionais

- Organização Mundial da Saúde – <http://www.who.int>
- OPAS/OMS Escritório Central – <http://www.paho.org>
- OPAS/OMS no Brasil – <http://www.paho.org/bra>
- BIREME/OPAS/OMS – <http://www.bireme.br>
- PANAFTOSA/OPAS/OMS – <http://www.panaftosa.org.br>
- Centros Colaboradores da OMS no Brasil – <http://new.paho.org/bracolab>

Portais institucionais – Brasil

- Ministério da Saúde – <http://www.saude.gov.br>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – <http://www.anvisa.gov.br>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar – <http://www.ans.gov.br>
- Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde – <http://www.datasus.gov.br>
- Fundação Oswaldo Cruz – <http://fiocruz.br>
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – <http://www.seade.gov.br>
- Instituto Nacional de Câncer – <http://inca.gov.br>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – <http://www.ibge.gov.br>
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – <http://www.ipea.gov.br>
- Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – <http://www.saude.rj.gov.br>
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – <http://www.saude.sc.gov.br>
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br>
- Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>
- Secretaria Municipal de Saúde de Olinda – <http://www.olinda.pe.gov.br>
- Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia – <http://www.uberlandia.mg.gov.br>

Salas de Situação, Observatórios e Centros de Informação Estratégicas

- Sala de Situação do Ministério da Saúde – <http://www.saude.gov.br/saladesituacao>
- Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=22233
- Observatório de Recursos Humanos em Saúde – <http://www.observarh.org.br>
- Observatório de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo – <http://observasaude.fundap.sp.gov.br>
- Observatório dos Técnicos em Saúde da Fiocruz – <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br>

Indicadores e Sistemas de Informação em Saúde

- Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil – <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2008/matriz.htm>
- Sistema de Monitoramento Online aos Indicadores de Saúde de Alagoas – <http://www2.saude.al.gov.br/pactoonline>
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde – www.ripsa.org.br
- Sistema de Informações Hospitalares – <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>
- Sistema de Informações sobre Mortalidade – <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação – <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>
- Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos – <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>
- Sistema de Avaliação da Qualidade da Água, Saúde e Saneamento – <http://www.aguabrasil.iciet.fiocruz.br>

Bibliotecas Virtuais e Portais de Informação em Saúde

- BVS Regional – BIREME – www.bvs.salud.org
- BVS Nacional Brasil – <http://brasil.bvs.br>
- BVS Saúde Pública Brasil – <http://www.saudepublica.bvs.br>
- BVS RIPSA – <http://www.RIPSA.org.br>
- BVS Ministério da Saúde – <http://www.saude.gov.br/bvs>
- BVS FIOCRUZ – <http://bvsfiocruz.fiocruz.br>
- Scientific Electronic Library Online / SciELO – <http://www.scielo.org>
- Biblioteca Cochrane – <http://cochrane.bvsalud.org>
- Evidências Científicas para tomada de decisão / EVIPNet – <http://www.evipnet.org>

ISBN: 978-85-7967-005-3



9 788579 670053



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

RIPSA

Rede Interagencial de
Informação para a Saúde



**Ministério
da Saúde**

