



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**Análise da Qualidade da coleta de dados do sisHiperdia em uma
Unidade Básica de Saúde na Cidade de Belford Roxo**

por

ALEXSANDRO DA SILVA EVANGELISTA

Unidade Básica de Saúde do Parque Amorim.

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

Orientador: Rogério Lannes Rocha, Mestre em Comunicação e Cultura

Rio de Janeiro, Novembro / 2009

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. REFERENCIALTEÓRICO	9
3.1. HISTÓRICO DO SUS	9
3.2. INFORMAÇÃO NO SUS	12
3.3. RECURSOS HUMANOS	16
4. OBJETIVOS.....	18
4.1. GERAL	18
4.2. ESPECÍFICOS	18
5. METODOLOGIA.....	19
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	21
7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	22
8. CRONOGRAMA.....	24
9. ORÇAMENTO.....	25

1. INTRODUÇÃO

Este projeto propõe uma análise do processo da qualidade da coleta dos dados para o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM) (sisHiperdia) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Belford Roxo, região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

O sisHiperdia, implantado como uma das etapas do Plano de Reorganização da Atenção Integral a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, consiste no cadastramento e o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Ficam sob a responsabilidade da Atenção Básica o monitoramento das patologias supracitadas e, por conseguinte, a realização da coleta dos dados que são transmitidos para as secretarias municipais de saúde para a digitação e alimentação do sisHiperdia em âmbito nacional.

Esse processo é estratégico para o fortalecimento do SUS na medida em que embasa as decisões políticas com informações que descrevem a realidade sanitária da população com base nos dados coletados na unidades de saúde.

Dentro desta perspectiva, os dados são peças-chaves na constituição de informações que se aproximam das reais características da região descrita. Por isso, a forma de coleta destes dados deve proporcionar qualidade e fidedignidade às situações representadas por eles.

A utilização de informações sobre a realidade sanitária da população para elaboração de políticas de saúde na prevenção dos agravos HA e pela DM, visa a diminuição dos altos índices de morbimortalidade por esta causa no município de Belford Roxo.

Este projeto será implementado por meio de entrevistas semi-estruturadas com todos os atores envolvidos no processo de coleta de dados para o sisHiperdia na unidade de saúde. A escolha por uma metodologia qualitativa se deu para analisar como está ocorrendo o processo de coleta dos dados que alimentam o sisHiperdia, almejando compreender como os atores envolvidos

entendem a coleta de dados e o uso da informação subsequente em sua prática de trabalho.

Deste modo, a conclusão deste trabalho disponibilizará informações sobre o fluxo da coleta dos dados e das informações na unidade pesquisada, podendo ser utilizado pelos gestores na construção de processos de educação permanente.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 1980 (BRASIL, 2005).

Isso foi consequência da queda da mortalidade e da fecundidade no país, que elevou a taxa de idosos em nossa sociedade, grupo que corresponde a faixa populacional de maior vulnerabilidade. O Ministério destaca ainda em seus estudos as projeções de aumento desta taxa para os próximos anos.

As modificações que vêm ocorrendo na sociedade impõem novos desafios aos gestores públicos. Vemos na imprensa notícias sobre aumento do uso de drogas pela população em geral, o alto grau de estresse na vida cotidiana e as desigualdades sociais que aumentam o risco para as DCNT. Paralelamente a esse contexto social, as políticas públicas defrontam-se também com o desafio do financiamento das ações.

As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (OPAS,2005 apud BRASIL, 2005). Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

A Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM) objetiva articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade e nos setores públicos e privados para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e a qualidade na atenção básica.

O Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes e metas do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, definindo prioridades e estabelecendo como diretrizes

principais a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, com o objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O plano define estratégias, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como suporte informacional para o acompanhamento do programa, foi desenvolvido e vem sendo implantado desde 2002 o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (sisHiperdia), informatizado e com interface na WEB.

A prevenção e o controle da hipertensão arterial e do diabetes são ações prioritárias na Atenção Básica, ficando como responsabilidade dos profissionais da rede de unidades básicas a coleta de dados por meio dos formulários de cadastro e o acompanhamento do hipertenso e do diabético.

A Atenção Básica é definida pelo Ministério da Saúde como o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Seu desenvolvimento requer práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com lógica de trabalho em equipe dirigido a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Portanto, os profissionais de saúde da rede básica apresentam-se com um papel estratégico no desenvolvimento do controle da HA e da DM, tanto no diagnóstico clínico e na definição da terapêutica, quanto nas ações desenvolvidas para informar e educar o paciente hipertenso e/ou diabético, estimulando-o à adesão ao tratamento.

Assim, o fortalecimento deste programa vem de encontro à diretriz de descentralização da atenção e da gestão do SUS, reforçando o conhecimento da realidade sanitária como fator indutor das políticas de saúde.

Belford Roxo, emancipada no início da década de 90, tem hoje população estimada de quinhentos mil (500.000) habitantes, sendo a quinta maior cidade do estado e a sétima em número de habitantes com idade igual ou maior de 40 anos. Outro dado que torna relevante a realização do presente trabalho neste município é que, segundo levantamento do IBGE em 2003¹, Belford Roxo apresenta uma alta taxa de pobreza, chegando à marca de 60 por cento da população residente.

O município conta com 25 Unidades Básicas de Saúde – UBS responsáveis pela atenção básica no seu território, o que significa 20 mil pessoas para cada UBS, sendo o preconizado pela política de atenção básica em 2006 é de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Na busca de amenizar as dificuldades de financiamento da saúde e de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, a cidade de Belford Roxo compôs, em 2000, com mais 11 municípios o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense – CISBAF².

O CISBAF tem como meta captar recursos com o propósito de promover investimentos regionais, buscar inovações na gestão da saúde, reestruturar a Rede Regional de Saúde e capacitar recursos humanos, gestores, gerentes e profissionais de saúde.

A presidência do consórcio é ocupada por um dos prefeitos das cidades envolvidas, com uma metodologia cíclica entre as cidades e duração de dois anos para cada mandato, o que não difere dos secretários municipais de Saúde que assume o Conselho Técnico.

A análise do fluxo de alimentação do Hiperdia dentro de uma UBS de Belford Roxo tem a perspectiva de contribuir com a gestão municipal de saúde, fornecendo informações relacionadas à realização da coleta de dados no cadastramento e acompanhamento do hipertenso e do diabético.

¹ <http://www.ibge.gov.br/home/>

² <http://www.cisbaf.org.br/institucional.html/>

A visualização dos pontos fortes e fracos desta atividade poderá ser uma contribuição importante para os responsáveis por planejamento e pela educação permanente dos profissionais que trabalham com o diagnóstico e controle da HA e do DM, tendo em vista o grande impacto dessas doenças no município e na região, tanto na questão das finanças da saúde, quanto no avanço da qualidade de vida da população.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRICO DA GESTÃO DO SUS

Em 1988, conclui-se o processo da Constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil. A Chamada 'Constituição Cidadã', que fundamenta a redefinição das prioridades da política do Estado na área da Saúde Pública. (Edler, Escorel e Nascimento 2008, p. 80).

Com isso, a saúde é incluída na Constituição como parte integrante da Seguridade Social, o que, segundo Fleury e Overney, é um avanço relacionado a outras leis, na medida em que introduz a noção de saúde como direitos sociais universais, como parte da condição de cidadania, antes restritos a população beneficiária da Previdência (FLEURY e OOVERNEY, 2008, p 37).

A Seguridade Social é caracterizada por um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido (FLEURY e OOVERNEY, 2008, p 35).

Assim, o Estado tem o papel central de administração e financiamento do sistema que destina recursos importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. Deve-se destacar que estas políticas são ações permanentes e temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social (FLEURY e OOVERNEY, 2008, p 35).

Na década de 90, tem início o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde - LOS 8080/90, que regulamenta a forma de realização da promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização de serviços correspondentes.

Portanto, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos obedecendo

aos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, participação social e descentralização.

A Lei Orgânica da Saúde define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do poder executivo na saúde. A direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal sendo exercida pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias da saúde ou órgãos equivalentes.

A LOS determina a função de cada ente gestor do SUS, ficando a cargo do Ministério da Saúde a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, tendo o compromisso de desenvolver essa política com a participação dos estados e municípios (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008, p. 447).

Com os estados ficam a responsabilidade sobre o planejamento do sistema de saúde estadual regionalizado e o desenvolvimento de cooperação técnica e financeira com os municípios (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008,p. 447).

Já os municípios têm a responsabilidade da gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde e regulação dos prestadores privados do sistema (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008,p. 447).

Com isso, na década de 90 inicia-se o processo de descentralização que Lima, Machado e Noronha classifica como um processo do tipo político-administrativo. Não só envolvendo a transferência da gestão dos serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008,p. 453).

Teixeira (1990,p.120 *apud* (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008,p.454) ressalta que na agenda da Reforma Sanitária a diretriz da descentralização esteve sempre atrelada a valores mais abrangentes, sendo concebida como uma estratégia para a democratização e a incorporação de novos atores sociais.

Assim, a base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e demais entidades federais, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivos ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviço. (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008,p. 456).

Paim (2008,p.230) destaca que as propostas feitas pelas normas operacionais dialogam com política adotada pelo governo federal, de redução do financiamento das ações sociais feitos devido ao arrocho das contas do governo para o plano de equilíbrio da dívida externa (Paim 2008, p. 220). Em sua opinião, a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva trouxe um indicativo de aproximação da gestão da saúde com as diretrizes do SUS, encarando a saúde com elaboração de políticas de diminuição da desigualdade social.

Com a proposta de aproximação deste princípio o Ministério da Saúde lança em 2006 o “Pacto pela Vida em Defesa do SUS e da Gestão”, onde os municípios, estados e o governo federal construíram metas a serem cumpridas de acordo com a realidade de cada região (BRASIL, 2006b).

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b).

3.2 INFORMAÇÃO NO SUS

A Informação em Saúde tem a finalidade de diagnosticar problemas sanitários individuais e coletivos de uma região, embasando a análise da situação

encontrada e dando auxílio para a construção de ações de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem envolver a dimensão do processo saúde/doença e o administrativo, todas de grande relevância para o processo de gestão (BRANCO, 1996, p. 68).

Moraes apresenta a informação em saúde como um espaço estratégico de relações de poder e produção de saber, ressaltando a necessidade da construção de um compromisso, que não só limite abertura para a participação dos atores sociais, mas também o fomento da participação como atribuições do gestor (MORAES, 1998).

Assim, a lei orgânica da saúde 8080/90, preconiza como competência e atribuição dos entes responsáveis pela gestão do SUS, à União, estados e municípios, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

O preceito acima é mais um fator relacionado ao processo de descentralização, que, segundo Branco, “não deve restringir-se a atividades dos gestores, mas contemplar também a descentralização da informação, elemento imprescindível à busca de maior autonomia municipal” (BRANCO, 1996, p. 68).

Assim, o Sistema de Informação em Saúde - SIS assume o papel de um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários para o conhecimento de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência das ações adotadas no estado de saúde da população, além de prover materiais de análise para a produção de conhecimento na área da saúde e dos assuntos a ela ligados (WHITE, 1980 *apud* BRANCO, 1996, p.68).

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) criada com a proposta de articular entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados, viabilizando parcerias capazes de propiciar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências. Coloca a importância da construção de informações a partir de dados confiáveis para uma análise objetiva da situação sanitária de uma região (RIPSA, 2009, p.13).

Conceitualmente, os indicadores da saúde são medidas-síntese que apresentam informações sobre as condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde, que vista em conjunto tem a proposta de descrever a situação sanitária da população e servir para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2009, p.13)

A escolha dos indicadores reflete a concepção de saúde, o que determina os objetivos e metas pretendidos pelo Sistema Único de Saúde (MCT, 1988:85 *apud* Branco), o que leva Branco a classificar a informação como característica fundamentalmente política. (BRANCO 1996, p.68).

Assim, temos alguns dos principais sistemas de informação em saúde federais criados antes da implementação do SUS, dentro de objetivos diferentes do pactuado pelas diretrizes do SUS e sem a participação estadual e municipal. Tais concepções, objetivos e metas estavam voltados para outro delineamento político no que diz respeito à atuação das três instâncias governamentais (Branco, 1996 p 68).

Com isso, Branco (1996,p.68) afirma que:

Dessa forma, a simples transposição de sistemas concebidos no plano federal para o âmbito estadual ou local, como tem ocorrido com os sistemas de mortalidade, nascidos vivos e cólera, não implica descentralização da informação. Trata-se, a rigor, de desconcentração da digitação, do processamento e do acesso aos dados. Afinal, está se levando para o âmbito local a concepção e prioridades definidas centralmente.

A elaboração de um sistema de informação em saúde nacional, com o objetivo de atendimento dos princípios que regem o SUS e cumprimento dos dispositivos legais, deveria ter sua concepção discutida nas três instâncias de governo, com os correspondentes desdobramentos compatíveis no plano estadual e municipal, cabendo simultaneamente a cada um a responsabilidade pela definição, estruturação e execução de subsistemas necessários ao desempenho das atribuições de sua responsabilidade, observando a compatibilização com os sistemas nacionais.

A inclusão dos municípios na produção, processamento e análise da informação levaria a uma considerável melhora na qualidade e confiabilidade dos dados, além de potencializar a qualidade da prestação de serviços e a capacidade de auto-avaliação do nível local (BRANCO, 1996, p.68).

Com isso, o sistema de informação em saúde (SIS) tem o papel de ofertar a cada um dos entes da gestão do SUS informações úteis, confiáveis e oportunas ao desempenho das ações de saúde que fortaleça os princípios do SUS (BRANCO, 1996, p.68).

Caberá a cada esfera, de acordo com as necessidades de informações para o desenvolvimento das atividades relacionadas a ações de saúde, definir, estruturar e executar sistema de informações que subsidiaram as decisões em saúde, observando, contudo, a compatibilização com as atribuições dos demais entes envolvidos e suas respectivas necessidades na organização e gerência dos serviços (BRANCO, 1996, p. 69).

Existe a necessidade de garantir que a informação requerida seja mensurável, que haja codificação correta na fonte e que a mesma se dê sobre uma base consistente; bem como, que o interesse pela informação seja suficiente para garantir incentivos à coleta, e que a coleta, processamento e análise dos dados sejam factíveis (Willmer, 1992 *apud* BRANCO, 1996, p.69). Afinal, informação de má qualidade informa tanto quanto a ausência de informação.

Sanches afirma que, para alcançar a qualidade da informação, devemos manter um rigoroso controle sobre a qualidade em todos os elementos que compõe o sistema de informações (SANCHES et al. 2002, p.344).

É fundamental, ainda, que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam o intercâmbio de dados e experiências. A adoção de diretrizes e práticas que permitam a utilização das informações existentes nos três segmentos e o livre fornecimento de dados pode contribuir, significativamente, para a ampliação e aperfeiçoamento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS (BRANCO, 1996, p.69).

Quando trabalhamos com informação seja ela científica ou não, as barreiras para o uso de ontologias em aplicações biomédicas são muito discutidas. A padronização do vocabulário é fundamental tanto para organização, indexação como para a acessibilidade da informação (FREITAS e SCHULZ, 2009, p.9).

Enquanto ontologias são usadas principalmente como fonte de vocabulário para padronização e efeitos de integração, muitas aplicações também são usadas como fontes de conhecimento computáveis (FREITAS e SCHULAZ, 2009, p.10).

A padronização do uso do Código Internacional de Doenças (CID) dentro de uma unidade de saúde poderia facilitar na construção de um saber mais avançado por todos os trabalhadores da unidade na perspectiva de utilizar uma linguagem única, não somente de uma forma administrativa, mas ainda na utilização desta linguagem na construção de conhecimentos das patologias e suas características (FREITAS e SCHULZ, 2009, p.11).

Assim, a interoperabilidade vem com uma grande proposta de fazer vários sistemas e pessoas conversarem e trocarem informações na área da saúde e a organização desta gama de informações que hoje se encontram armazenadas de forma inapropriada para o resgate da mesma (FREITAS e SCHULZ, 2009, p. 11).

Porém, há outra barreira que é a utilização de termos que fortaleçam a construção de sujeitos na saúde através do acesso das informações necessárias para a qualificação das ações de saúde (FREITAS e SCHULZ, 2009, p.13).

Deste modo, Moraes (1998,p.20 *apud* SANTANA,2005,P.27) destaca que para avançar na utilização da informação em saúde não podemos apenas atuar na vertente tecnológica, mas também na valorização dos recursos humanos e organizacionais da saúde.

3.3 Recursos Humanos

Segundo Giovanella e Lobato (2008, p. 125), os profissionais e técnicos relacionados com a realização de atividades da saúde como: médicos,

enfermeiros, sanitaristas, profissionais da vigilância sanitária, entre outros constróem os Recursos Humanos na saúde.

Por isso, Giovanella e Lobato (2008, p.126) afirmam que:

A estrutura e organização dos recursos humanos em saúde têm estreita ligação com a formação dos profissional. Na maioria dos pises a área de formação em saúde não atribuição direta dos sistemas de saúde, as das estruturas educacionais. Porem, todos os sistemas tem em maior ou menor grau, interferência sobre essa formação por meio da regulação sobre os serviços e práticas assistenciais.

A constituição federal de 1988 garantiu no seu Artigo 200, inciso III e V a ordenação da formação de Recursos Humanos na área da saúde e o incremento na área de atuação do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), no Artigo sexto, inciso III e X, traz a ordenação da formação de Recursos Humanos na área da saúde e o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

O artigo 14 apresenta a proposta de criação de comissões permanentes responsáveis pela integração entra as praticas de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Colocando em um artigo único a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias de formação e educação continuada do Sistema Único de Saúde (SUS) e a relação entre a pesquisa e a cooperação técnica entre as instituições.

A LOS define também o papel da União, Estados, Distrito Federal e Município na participação da construção e na execução de políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e a realização de pesquisas e estudos na área da saúde. Coloca também que a política de recursos humanos a ser realizada pelos diferentes entes da gestão do SUS cumprira com os seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Com isso a Lei 8080/90 define os serviços públicos que integram o SUS, como campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Assim, o SUS deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanente de seus Recursos Humanos, com a formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde e integrando aos currículos da área da saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

Avaliar a qualidade da coleta dos dados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (sisHiperdia), a partir de uma relação histórico-social dos profissionais responsáveis envolvidos no processo da coleta dos dados da Unidade Básica de Saúde do Bairro Parque Amorim, em Belford Roxo, bem como se os trabalhadores se apropriam das informações para atuarem na atenção integral dos usuários.

4.2. ESPECÍFICOS

- 1- Identificar como ocorre a orientação e o fornecimento do material para a realização da coleta de dados para o sisHiperdia pela UBS por parte da Secretaria Municipal de Saúde e como esta retorna em forma de ação para a melhoria da atenção dos hipertensos e diabéticos as informações construídas com os dados coletados.
- 2- Verificar como o coordenador da unidade se coloca diante da construção de uma coleta qualificada por parte dos profissionais e como esse utiliza a informação disponibilizada para a melhoria de sua ação na unidade.
- 3- Verificar as estratégias comunicacionais utilizadas pelos profissionais no momento da coleta dos dados do usuário do hipertenso e/ou diabético e como as informações obtidas influenciam na construção do seu olhar sobre suas práticas.

5. METODOLOGIA

Para efeito da presente avaliação junto aos profissionais, será utilizada uma metodologia qualitativa, definida por Minayo, em termos genéricos, como o estudo dos resultados das interpretações que a população faz de como vive, da produção de seus produtos e a si mesmos. Esse procedimento permite conhecer processos sociais – neste caso, de práticas profissionais – de grupos particulares pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novo conceitos e categorias durante a investigação.

Como instrumento para aplicação do projeto utilizarei roteiro de entrevista, que a partir do trabalho com os temas gera indicadores qualitativos para a realização do processo de pesquisa. Dentro desta proposta, um roteiro que seja semi estruturado vem de encontro à proposta da utilização de indicadores importantes, contemplando a abrangência das informações sobre o assunto tratado.

As entrevistas serão adequadas a três grupos de interlocutores diferentes: a primeira será constituída por dados sobre o Hiperdia na Secretaria Municipal de Saúde e direcionada à coordenação de saúde coletiva; a segunda se concentrará nos dados sobre a Coordenação da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o Hiperdia e direcionada ao coordenador da unidade; a terceira tratará do preenchimento do cadastro e acompanhamento do Hiperdia e será destinada aos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas.

O primeiro momento busca conhecer como ocorre o fornecimento dos materiais, as orientações relacionadas à qualidade na coleta dos dados e a construção e disponibilização das informações construídas pela Secretaria Municipal de Saúde.

No momento subsequente, objetiva-se entender a relação estabelecida entre a coordenação e os profissionais da UBS, em relação à orientação e à delegação da tarefa de preenchimento do cadastro e do acompanhamento do Hiperdia.

Por fim, terceiro questionário buscará elementos para compreender como se realiza o diálogo entre os profissionais e os usuários, no momento da coleta dos dados, identificando as estratégias para a obtenção de dados fidedignos e confiáveis a serem utilizados para a construção de informações que embasam as políticas de saúde.

O projeto se abre também para revelar o entendimento por parte de todos os atores envolvidos neste processo sobre o uso da informação como orientação às práticas profissionais e como elemento de estratégias que permitam maior autonomia por parte da população usuária da UBS, como preconiza o princípio de participação no SUS.

6. RESULTADOS ESPERADOS

O resultado primeiro é a realização do mapeamento de como ocorre a chegada das instruções e dos materiais utilizados para a coleta de dados nas unidades de saúde, bem como o envio dos dados e o retorno das informações construídas a partir deles em forma de políticas e ações para a melhoria das práticas de saúde nas UBS.

Com este projeto pretendo também contribuir para uma melhor compreensão sobre o papel coordenação da unidade no processo de cadastramento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, além de como se dá o diálogo, em busca da qualidade da ação de coleta, com os profissionais da unidade.

Dada a importância dos profissionais na construção de um vínculo da unidade com os usuários, esses resultados podem ser considerados na escolha das melhores estratégias de abordagem a serem utilizadas pelos trabalhadores no momento da coleta dos dados junto aos usuários do programa de HA e DM.

Com a interpretação das respostas dos entrevistados, espero ainda uma melhor compreensão sobre as relações e o contexto social que envolvem os atores do processo de coleta destes dados e, por conseguinte, entender como estes profissionais visualizam o uso das informações como um apoio às práticas de saúde.

Por fim, visto disponibilizar a informação pertinente ao processo de trabalho para a gestão, com o intuito de contribuir na construção de eventuais políticas de educação permanente destinadas aos profissionais de saúde das UBS.

7. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60 p. Disponível em:
<http://www.psfunifesp.com.br/pactos_pela_saude.pdf> . Acessado em 30 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro - Brasília: Ministério da saúde, 2005,80 p. Disponível em:
<<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acessado em 15 out. 2009.

_____. Presidência da República. **LEI 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: <www.saude.gov.br/legislação> .Acessado em 15 out.2009.

_____. Presidência da República. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acessado em 15 out. 2009.

SCOREL, S.; RAIMUNDO, D.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GUERSCHAMN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FLEURY, S. ; OUVENEY, A. L. M. . Política de Saúde: uma Política Social. In: Lígia Giovanella; Sarah Scorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato; José Carvalho de Noronha;Antonio Ivo de Carvalho. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v.1 , p. 23-64.

Freitas, F. ; Schulz, S. ; Moraes, E . Pesquisa de terminologias e ontologias atuais em biologia e medicina. **RECIIS**. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde, v. 3, p. 1-13, 2009.

LOBATO, L. V. C. ; GIOVANELLA, L. . Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L; Scorel Sarah; Lobato LVC; Carvalho AI; Noronha JC. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, v. 1, p. 107-140.

Moraes, I.H.S. **Informações em saúde**: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora . [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 274 p. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00011502&lng=pt&nrm=iso> .Acessado em 20 out. 2009.

NORONHA, J. C. ; LIMA, L. D. ; MACHADO, C. V. . O Sistema Único de Saúde SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. ; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, v. 1, p. 435-472.

PAIM, J. S. . Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. 1. ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008. v. 01. 356 p.
BRANCO, M. A. F. . Sistemas de Informação em Saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz)**, Rio de Janeiro - RJ, v. 12, n. 2, p. 267-270, 1996.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília, DF: OPAS, 2008. Disponível em: <<http://www.homolog.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>>. Acessado em 10 out. 2009.

SANCHES, K. R. B. et. al. Sistemas de informação em saúde. In: MEDRONHO, R. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTANA, R.A.L. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**: o desafio da padronização dos dados. 2005 100p. Dissertação de Mestrado em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

9. ORÇAMENTO PARA EXECUÇÃO DO PROJETO

Especificação	Valor R\$
Material de Consumo	100,00
Pagamento de Terceiros	300,00
Transporte	100,00
TOTAL	500,00