

O uso de sistemas de informações em saúde no gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*: estudo de caso do Sistema Remédio em Casa em uma unidade de saúde na cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2009

doi: 10.5123/S1679-49742013000100015

Health Information Systems Use in Hypertension and Diabetes Program management: a case study of the Home Delivery Medication System in a Rio de Janeiro (Brazil) health facility, 2009

Maria Pappaterra Bastos

Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Mariza Miranda Theme Filha

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a utilização do Sistema de Informações do Projeto Remédio em Casa no gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* na cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. **Métodos:** pesquisa qualitativa, baseada em análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais ocupantes de cargo de gerência e coordenação, nos três níveis de gestão do Município, entre julho e setembro de 2009. **Resultados:** no nível local, o Remédio em Casa era alimentado com os dados dos pacientes, sem integração com o nível regional; o sistema apresentava poucas consultas e relatórios necessários ao gerenciamento dos Programas e não possuía uma rotina periódica para análise de seus dados. **Conclusão:** o sistema, todavia não atingira os objetivos propostos, portanto não era utilizável no gerenciamento dos Programas; seria necessário que o Sistema de Informações do Remédio em Casa disponibilizasse informações periódicas e qualificadas, potencializando seu uso na gestão municipal.

Palavras-chave: Sistemas de Informação; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Análise Qualitativa.

Abstract

Objective: to analyze the use of the Home Delivery Medication Project Information System in managing Hypertension and Diabetes Mellitus Programs in Rio de Janeiro. **Methods:** qualitative research based on document analysis, participant observation and semi-structured interviews with five managers at the three levels of municipal administration between July and September 2009. **Results:** patient's data was input to the Information System at the local level without integration with the regional level. The system had few query and report options necessary for programs management and no regular data analysis routine. **Conclusion:** the System was not effectively helping program management. It needs to provide periodic and qualified information in order fulfill its potential in municipal management.

Key words: Information Systems; Hypertension; Diabetes Mellitus; Qualitative Analysis.

Endereço para correspondência:

Maria Pappaterra Bastos – Departamento de Informática do SUS, Rua México, 128, sala 749, Centro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
CEP: 20031-142
E-mail: maria@datasus.gov.br

Introdução

O aumento da longevidade da população brasileira, fruto das marcantes mudanças nos níveis de fecundidade e mortalidade ao longo das últimas décadas, provocou importantes mudanças no perfil epidemiológico da população, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sobre as doenças infecciosas e parasitárias.^{1,2}

No início dos anos 2000, DCNT correspondiam, aproximadamente, a 63,0% do total das mortes por causa conhecida ocorridas no Brasil, tendo as doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbito. A análise das estatísticas de mortalidade brasileiras indica que a proporção de mortes por DCNT triplicou entre 1930 e 2006, e que os principais fatores de risco para doenças do aparelho circulatório são a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*.²

As DCNT tornaram-se um dos principais desafios para a Saúde e o desenvolvimento global nas próximas décadas: além de ameaçar a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam grande impacto econômico para os países, especialmente os de baixa renda.³ Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS –, apesar de serem responsáveis pela maioria das mortes, as DCNT permanecem negligenciadas, não contempladas na agenda de prioridades dos governos em todo o mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde, reconhecendo o impacto das DCNT na saúde da população, lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definindo as ações e os investimentos prioritários para seu enfrentamento nos próximos dez anos.⁴

O controle da epidemia das DCNT impõe grandes desafios à Saúde Pública no Brasil, e conhecer seu comportamento e distribuição na população é fundamental para implementar ações efetivas de prevenção e instituir um sistema de vigilância adequado para esses agravos. Para alcançar esses objetivos, os sistemas de informações em saúde (SIS) e o suporte metodológico da Epidemiologia tornam-se ferramentas essenciais à consecução do Sistema Único de Saúde – SUS.^{4,5}

Para o cumprimento das funções da vigilância epidemiológica, é imprescindível a disponibilidade de dados com qualidade, que sirvam de apoio ao processo de produção de informação para a ação. A

qualidade da informação depende, principalmente, da adequada coleta de dados gerados no local de ocorrência do evento sanitário, a serem tratados e estruturados de forma a proporcionar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.⁶

Para o cumprimento das funções da vigilância epidemiológica, é imprescindível a disponibilidade de dados com qualidade, que sirvam de apoio ao processo de produção de informação para a ação.

A disseminação das informações geradas por um sistema também assume papel importante na melhoria da qualidade dos dados. Esta fase constitui a etapa final da cadeia de elaboração de um sistema de informações cujos dados foram definidos, coletados, armazenados e tratados. Entretanto, o foco da preocupação com a disseminação da informação deve estar presente desde o início do processo, na definição dos sistemas, na incorporação da necessidade de integração das diferentes bases de dados, permitindo análises de tendências e da situação de saúde da população.⁷

Apesar de toda a evolução da área de Tecnologia da Informação, permanece uma defasagem entre esse avanço e sua incorporação ao processo de gestão em saúde no país. A dificuldade no acesso e tratamento dos dados existentes de forma rotineira, com disponibilização das informações adequadas no momento necessário, ainda é comum, bem como a falta de articulação entre os sistemas de informações em saúde – SIS – e os processos de planejamento e gestão da Saúde.⁸

No município do Rio de Janeiro-RJ, os Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes foram criados a partir de 1987 e estão implantados em unidades básicas de saúde, distribuídas por quase todos os bairros da cidade.⁹ Diante da importância da utilização dos SIS na gestão da Saúde, este estudo teve como objetivo analisar a utilização das informações do Sistema Remédio em Casa no gerenciamento dos Programas de Hipertensão e Diabetes *Mellitus* da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro-RJ.

Métodos

O sistema de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro-RJ está estruturado em diferentes níveis, de acordo com sua complexidade. Em seu nível primário, estão incluídas as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família. A Atenção Primária é regionalizada, dividida em cinco Áreas de Planejamento segundo a divisão administrativa e geográfica da cidade. Em cada área de planejamento existe uma coordenação regional, intermediadora das relações entre as unidades básicas de saúde e o nível central municipal.

Para análise da utilização dos SIS no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, foi escolhida uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, para aplicação neste estudo de caso do Sistema de Informação Remédio em Casa em uma unidade básica de saúde.

Realizou-se análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas, estas com atores sociais responsáveis pelo gerenciamento e avaliação dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes na cidade do Rio de Janeiro-RJ: cinco profissionais que ocupavam cargos de direção, coordenação ou gerência nos três níveis de gestão do município. Os informantes-chave foram os gerentes dos Programas de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro-RJ (nível central), o coordenador de programas de uma Coordenação de Área de Planejamento (nível regional), o diretor e o coordenador de programas de uma unidade básica de saúde pertencente à Área de Planejamento escolhida (nível local). A escolha da Unidade Básica de Saúde para o estudo de caso deveu-se ao fato de ter sido a primeira unidade a implantar um sistema informatizado de entrada de dados referentes ao atendimento ambulatorial no Município [Gerenciador de Informações Locais (GIL)], utilizado como *proxy* de conhecimento e habilidade no uso de tecnologia da informação.

A coleta de dados, realizada no período de julho a setembro de 2009, iniciou-se com a observação participante, sem roteiro pré-definido, na unidade de saúde escolhida para a pesquisa. Essa observação teve como objetivo acompanhar e compreender o fluxo dos pacientes dos Programas de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde, além de identificar os

documentos utilizados para o registro de seus dados. Durante o período de observação, estabeleceu-se uma relação direta entre a pesquisadora e os profissionais envolvidos tanto no atendimento dos pacientes (médicos e enfermeiros) como no registro de suas informações em sistemas informatizados ou manuais (profissionais técnico-administrativos). As situações observadas foram anotadas pela pesquisadora, para serem analisadas posteriormente.

As entrevistas com os gestores foram agendadas e seguiram roteiros pré-definidos. As perguntas norteadoras das entrevistas com os gestores da unidade de saúde visavam apreender a importância do sistema de informações no processo de trabalho diário, particularmente sua influência nos cuidados com o paciente e na avaliação de sua evolução clínica. Em relação aos gestores dos níveis regional e central, o foco era dirigido à qualidade das informações e sua disseminação.

Para a análise documental, por suas vez, não se utilizou um roteiro pré-definido. Os documentos referentes aos dados dos pacientes, para inclusão no sistema de informação – como modelos de receituários e planilhas –, foram apresentados pelo coordenador dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes da unidade de saúde estudada, no decorrer do processo de observação. O mesmo ocorreu no nível central, onde documentos internos – com as diretrizes desses Programas e do Projeto Remédio em Casa – foram obtidos junto aos gestores dos Programas.

Os dados obtidos desses documentos, da observação participante e das entrevistas foram objeto de análise técnica de conteúdo, seguindo a modalidade da análise temática, mais apropriada para investigações qualitativas em saúde.¹⁰ As entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas juntamente com os dados coletados. Logo, foi realizada a classificação do material em quatro categorias, posteriormente agrupadas em temas para apresentação dos resultados do estudo.

A primeira categoria, 'O sistema informatizado', foi definida com o propósito de se conhecer o histórico e o funcionamento do sistema de informações desenvolvido pelo município do Rio de Janeiro-RJ, desde sua implantação até o período da pesquisa.

A definição da segunda categoria, 'Capacitação dos profissionais', teve o objetivo de apresentar o processo

de treinamento oferecido aos profissionais do Município envolvidos no Projeto Remédio em Casa.

Os dados de cadastro e acompanhamento dos pacientes no sistema de informações municipal foram agrupados na terceira categoria, definida como 'Dados do Remédio em Casa'.

A quarta categoria, 'Gerenciamento', foi dividida em três subcategorias: local; regional; e central. Esta quarta categoria foi criada com o propósito de se conhecer a forma de gerenciamento dos Programas de Hipertensão e Diabetes nos três níveis de gestão do município do Rio de Janeiro-RJ.

Após a distribuição do material coletado pelo esquema de classificação, as categorias supracitadas foram analisadas e agrupadas em dois temas, para a apresentação dos resultados: 'O Sistema Remédio em Casa' e 'O gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes'.

O projeto do presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) no Rio de Janeiro-RJ (Protocolo n° 0085.0.031.000-09) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro-RJ (SMSDC-Rio) (Protocolo n° 0098.0.314.031-09).

Resultados

O Sistema Remédio em Casa

Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro-RJ – SMSDC-Rio – criou o Projeto Remédio em Casa com o objetivo de facilitar o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus nos pacientes inscritos nos respectivos Programas, por meio da entrega domiciliar de medicamentos. Essa estratégia possibilitaria a redução do abandono do tratamento e, no longo prazo, a diminuição da morbimortalidade cardiovascular e cerebrovascular.

Para dar suporte ao Projeto, foi desenvolvido um sistema informatizado, o Sistema Remédio em Casa, implantado em toda a rede básica do Município, interligando as unidades de saúde à SMSDC-Rio.

No início da implantação do Sistema de Informações Remédio em Casa, eram cadastrados apenas os pacientes em uso de medicamentos e clinicamente estáveis, justamente os que atendiam aos critérios de

elegibilidade para a entrega domiciliar dos medicamentos. Posteriormente, todos os pacientes inscritos nos Programas de Hipertensão e Diabetes deveriam ser cadastrados, inclusive os que não faziam uso de medicamentos, medida que fez ampliar a cobertura do sistema.

Na proposta inicial do Projeto Remédio em Casa, estava previsto o desenvolvimento de funcionalidades no sistema informatizado que gerenciariam a captação, abandono, agendamento de consultas e exames, evolução clínica dos pacientes e controle dos estoques de medicamentos das farmácias das unidades de saúde. No entanto, até o período da pesquisa, o sistema era utilizado apenas para o cadastramento dos pacientes e inclusão dos seus dados após as consultas médicas.

Por não contar com uma ficha específica, o cadastramento dos pacientes no sistema era realizado pelo usuário, após ser inscrito no respectivo Programa, ao informar seus dados de identificação diretamente ao digitador do aplicativo.

Em relação às informações de acompanhamento clínico, os dados eram inseridos no sistema após cada consulta, a partir das receitas médicas específicas do Projeto, apresentadas pelo paciente diretamente ao digitador. No receituário, não existia um lugar específico para registro do estágio da hipertensão (leve, moderada ou grave) e o tipo de diabetes (tipo I ou tipo II), informações que, obrigatoriamente, deveriam ser inseridas no sistema por serem indispensáveis à futura atualização da evolução clínica.

A informação do peso e da altura também era obrigatória no sistema informatizado e, embora existisse um campo específico para seu registro na receita, era auto-referida pelo paciente. A pressão arterial só era registrada para os hipertensos. No caso dos pacientes diabéticos, ainda que fosse possível informar o valor da glicemia e da hemoglobina glicada, apenas o primeiro exame era de registro obrigatório. Não havia obrigatoriedade de informar a circunferência da cintura, embora houvesse um campo destinado a esse registro.

No receituário do Remédio em Casa, podiam ser registradas e atualizadas algumas complicações decorrentes do diabetes, como a presença de retinopatia diabética e dados mais detalhados a respeito do pé diabético e de amputações decorrentes da doença. Além disso, podia ser realizada a prescrição de me-

dicamentos e o registro da distribuição de insumos para pacientes diabéticos (fitas, glicosímetros, agulhas e seringas).

Como o projeto inicial não incluía o registro de informações sobre fatores de risco e complicações decorrentes do diabetes e da hipertensão arterial, foi instituído em 2007 um novo instrumento de coleta de dados, independentemente da receita médica: a Ficha de Informações de Saúde, com o objetivo de coletar informações, particularmente as relacionadas a insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal. Contudo, a Ficha de Informações de Saúde não era utilizada na unidade de saúde pesquisada.

Apesar da orientação de cadastramento de todos os pacientes inscritos nos Programas (independentemente do uso de medicamentos), na unidade de saúde pesquisada, apenas aqueles em tratamento medicamentoso eram cadastrados no sistema. Diariamente, os dados eram transmitidos para o nível central da SMSDC-Rio, onde eram consolidados em uma base com todas as informações do Município.

Os profissionais envolvidos no Projeto Remédio em Casa não recebiam treinamento regular para exercer suas atividades e o sistema informatizado não disponibilizava manuais aos usuários com esse objetivo. A capacitação desses profissionais só ocorreu em dois momentos: em 2002, no início do Projeto; e em 2007, quando foi introduzida a Ficha de Informações de Saúde. Se em 2002, durante o processo de implantação do Projeto, foram capacitados todos os profissionais envolvidos, não foi possível realizar um treinamento tão abrangente em 2007. Nesse segundo treinamento, as modificações foram apresentadas apenas aos coordenadores de Programas, para que pudessem repassá-las aos demais profissionais responsáveis pelo atendimento aos pacientes. Para os médicos clínicos, foram enviadas cartas para seu conhecimento e ciência da importância do preenchimento correto dos documentos relativos ao Remédio em Casa. Na unidade de saúde investigada, os profissionais responsáveis pela digitação dos dados no Remédio em Casa recebiam treinamento de sua chefia imediata, para a operação do sistema; porém, esses mesmos profissionais desconheciam o módulo destinado ao cadastramento de fatores de risco e complicações – apesar de esse módulo estar disponível para entrada de dados.

A partir do segundo semestre de 2008, os medicamentos deixaram de ser enviados para a residência dos pacientes. Não obstante, o Sistema Remédio em Casa continuava a ser alimentado com os dados dos pacientes e, portanto, considerado pela SMSDC-Rio como o Sistema de Informações dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes do município do Rio de Janeiro-RJ.

O gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes

Nível local

Unidade Básica de Saúde

As informações do Remédio em Casa não eram utilizadas no gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes, embora o sistema fosse alimentado com os dados das receitas de seus pacientes e disponibilizasse algumas consultas e relatórios. As informações geradas na unidade de saúde estudada não eram divulgadas internamente, nem utilizadas pelos gestores locais. A unidade tampouco possuía mecanismos para avaliar a qualidade dos dados cadastrados no sistema; porém, considerava que as informações haviam melhorado, justificando as alterações feitas no sistema informatizado em decorrência das avaliações realizadas pela SMSDC-Rio.

Os pacientes só eram cadastrados nos Programas a partir do momento quando iniciassem a utilização de medicamentos. O controle das consultas e abandonos era feito manualmente, pela equipe de enfermagem da clínica médica, sobre fichas arquivadas no setor. Mensalmente, os quantitativos das consultas realizadas em pacientes cadastrados eram enviados aos gestores da unidade de saúde, a partir da contagem manual das fichas de cadastro. Além dos dados informados pela clínica médica, a farmácia também encaminhava os totais de medicamentos distribuídos por cada Programa.

Nível regional

Coordenação de Área de Planejamento

Durante a pesquisa, o Sistema de Informações do Remédio em Casa não era utilizado pelas coordenações regionais para avaliação do desempenho dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes, pois não havia uma versão do sistema para esse nível gerencial. Ademais, não havia uma rotina periódica e eficiente de

procedimentos, por parte do nível central da SMSDC-Rio, que disponibilizasse os dados do sistema para o nível regional.

Na Coordenação estudada, os dados enviados pela SMSDC-Rio em 2008 não puderam ser analisados por falta de profissionais disponíveis. Como as planilhas eletrônicas com os dados das unidades de saúde não eram mais enviadas para a Coordenação, esta não dispunha de informações suficientes para o gerenciamento dos Programas.

Nível central

A SMSDC-Rio tinha o objetivo de mudar a forma de gerenciamento dos dois Programas com a implantação do Remédio em Casa em 2002. Porém, as unidades de saúde continuaram a manter o controle manual das informações até dezembro de 2007. Esse controle baseava-se no registro dos cadastros em livro e em fichário tradicional, assim como o envio de planilhas consolidadas para o nível regional. A partir de janeiro de 2008, esse controle manual foi descontinuado e todas as informações passaram a ser digitadas no sistema informatizado. O único procedimento manual que permaneceu foi o cadastramento dos pacientes nos livros referentes aos Programas.

Quanto à qualidade dos dados do Remédio em Casa, a SMSDC-Rio não possuía uma rotina periódica para sua análise. Desde a implantação do Projeto, só foi realizada uma avaliação completa dos dados do sistema no ano de 2006, e seu resultado foi apresentado aos profissionais envolvidos em dois momentos: primeiramente, para as coordenações das áreas de planejamento e coordenadores dos Programas nas unidades de saúde; e em um segundo momento, para os médicos clínicos.

Essa análise foi quantitativa e qualitativa, ao incluir o perfil dos pacientes cadastrados e inconsistências observadas nos dados. Como alguns problemas encontrados estavam relacionados à prescrição médica, também foram apresentados os protocolos vigentes para tratamento clínico da hipertensão e do diabetes, na exposição aos médicos clínicos. Após a apresentação do resultado dessa análise, foram enviados relatórios às coordenações das áreas de planejamento com a relação dos pacientes que apresentavam problemas no cadastro.

Em 2008, foi realizada apenas uma avaliação quantitativa nos dados dos pacientes hipertensos, sem

uma análise qualitativa dos cadastros. Em seguida a essa avaliação, enviou-se, em meio magnético, uma cópia da base de dados a cada nível regional, para que fossem realizadas as devidas análises. Contudo, a falta de infraestrutura necessária impediu algumas coordenações de utilizarem esses dados para sua análise. A SMSDC-Rio não tinha como afirmar se a qualidade dos dados do sistema melhorou depois da avaliação de 2006, pois não foram realizadas novas análises do mesmo porte.

No período do estudo, a SMSDC-Rio realizava algumas análises que eram utilizadas no gerenciamento dos Programas, tais como: quantitativo de medicamentos prescritos; utilização de uma ou mais drogas associadas; distribuição de glicosímetros e situação do pé diabético (evento-sentinela de gravidade da doença). Essas informações eram fornecidas diretamente pela equipe de informática, já que o sistema disponibilizava poucas consultas e relatórios.

Independentemente do Sistema de Informações do Remédio em Casa, a SMSDC-Rio realizava um controle específico do pé diabético a partir de planilhas mensais elaboradas pelas unidades de saúde de referência para o tratamento do problema. Contudo, as informações das planilhas não eram compatíveis com os dados sobre o pé diabético existentes no sistema. O mesmo ocorria com o registro da distribuição de glicosímetros, não compatível com o cadastro dos pacientes que faziam uso de insulina.

A gestão dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes em um município populoso como o Rio de Janeiro-RJ era considerada bastante complexa pela SMSDC-Rio. Outrossim, a carência de infraestrutura administrativa e tecnológica, a existência de vários sistemas de informações paralelos e a falta de qualidade de seus dados dificultava – ainda mais – sua gestão.

Discussão

Inicialmente, o objetivo principal do Município era garantir a entrega domiciliar de medicamentos aos pacientes inscritos no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes. No decorrer do Projeto Remédio em Casa, veio a preocupação em se conhecer melhor o perfil clínico e epidemiológico da população-alvo cadastrada pelo Município em seus Programas de atenção a essas doenças. Embora a SMSDC-Rio tivesse

desenvolvido um sistema informatizado, competente na previsão de funcionalidades capazes de subsidiar os gestores municipais na gerência desses Programas, isso não ocorreu.

É evidente, aqui, a limitação inerente ao estudo de caso, que não se apresenta como um desenho adequado no sentido de inferir resultados para outras unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro-RJ. Entretanto, a análise das entrevistas com os gestores do nível central demonstra que o uso insuficiente do sistema de informações parece ocorrer de forma generalizada.

Entre os vários problemas encontrados, destaca-se o cadastramento apenas dos pacientes em uso de medicamentos e a falta de uma ficha de cadastro que contemple informações sobre quadro clínico e evolução; além do fato de várias informações serem fornecidas ao digitador diretamente pelos pacientes, portanto sujeitas a um possível viés de informação comprometedor de sua validade. Da mesma forma, o atrelamento da digitação às informações contidas nas receitas médicas inviabilizava o cadastro de pacientes sem uso de medicamentos.

Outros problemas detectados estavam relacionados ao registro do quadro clínico e evolução dos pacientes. Um dado relevante refere-se ao registro da pressão arterial, importante fator de risco para doenças cardiovasculares. No Município, esse registro só era exigido dos pacientes hipertensos quando estes fizessem uso de medicação e o dado constasse do receituário médico. Sendo assim, haveria, particularmente, um impedimento para o registro da pressão arterial em pacientes diabéticos não hipertensos. Estudos mostram que mesmo em níveis normais – embora no limite superior da normalidade –, a pressão arterial pode constituir fator de risco para complicações graves no indivíduo diabético, como nefropatia e retinopatia.¹¹ Tal fator justifica a necessidade do registro da pressão arterial para pacientes diabéticos no sistema de informações, uma vez que esse registro pode subsidiar ações direcionadas a esse grupo populacional de forma a retardar o aparecimento de complicações de saúde, decorrentes da pressão arterial.

Quanto à aferição da circunferência da cintura, este registro não era obrigatório no sistema informatizado, estimulando ou induzindo o desinteresse na coleta do dado. É sabido que a disposição de gordura na região

abdominal é fator de risco importante para doenças cardiovasculares, mais que a obesidade calculada pelo índice de massa corporal e a relação cintura-quadril.¹² Por sua vez, um dado de registro obrigatório em um sistema de informações não garante sua qualidade, haja vista o registro do peso e da altura, feito na unidade de saúde pesquisada, ser baseado em informações fornecidas pelos próprios pacientes.

Com relação às informações sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, bem como as complicações decorrentes dessas doenças, a SMSDC-Rio considerava inviável sua coleta em todas as consultas. A falta de informações sobre o quadro clínico desses pacientes já foi relatada em estudo anterior, também realizado no Município,¹³ quando foi constatado baixo registro da presença de fatores de risco e de lesões em órgãos-alvo, nos prontuários médicos de pacientes hipertensos. Entretanto, esses dados são extremamente importantes porque permitem a definição da conduta terapêutica baseada no risco cardiovascular adicional, a abordagem mais recente na terapêutica cardiovascular.¹⁴ Ademais, são informações fundamentais para a Saúde Pública, pois alguns fatores de risco são modificáveis ou controláveis por mudanças de hábitos de vida, e a presença de complicações pode estar a sinalizar falta de acompanhamento dos pacientes.

Os investimentos no monitoramento dos fatores de risco para as DCNT são os mais importantes, pela possibilidade de suas ações promoverem o rompimento da cadeia epidemiológica das doenças, alcançando-se benefícios não atingíveis pela prevenção secundária e terciária.¹⁵ Ressalta-se a importância do cadastramento e acompanhamento dos indivíduos que todavia não se utilizam de medicação: o monitoramento dos fatores de risco, aliado a efetividade de outras intervenções, pode retardar o uso de medicamentos, o aparecimento de complicações e consequentemente, a necessidade de níveis mais complexos de atendimento.¹⁶

Para o Ministério da Saúde, a definição de ações preventivas deve estar associada ao grau de risco de cada indivíduo e não ao valor de um fator isolado. Como não existe um instrumento de cálculo para a estratificação desse risco desenvolvido ou adaptado para o contexto brasileiro, o Ministério recomenda a aplicação do modelo de Framingham, que leva em consideração a idade, o valor da pressão arterial, os níveis de colesterol total e suas frações (LDL e HDL),

assim como a presença de diabetes e tabagismo. A partir desse cálculo, os indivíduos são ou não classificados sob risco de desenvolver um evento cardiovascular maior – definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular – em um período de dez anos.¹⁷

Tanto o risco cardiovascular adicional quanto o escore de Framingham reforçam a necessidade do registro da presença de fatores de risco e de doenças relacionadas à hipertensão e ao diabetes nos sistemas de informações, dados que não eram contemplados no Remédio em Casa.

Embora o sistema não estivesse realizando sua principal função, o controle da entrega domiciliar de medicamentos, o Remédio em Casa era alimentado diariamente e utilizado no gerenciamento dos Programas de Hipertensão Arterial e Diabetes pelo nível central da SMSDC-Rio. O mesmo não ocorria nos outros dois níveis de gestão municipal, que não utilizavam os dados do sistema no gerenciamento dos Programas, reflexo da não incorporação das tecnologias da informação na gestão da Saúde no Brasil.⁸

Para que um sistema de informações possa subsidiar o planejamento, a programação, o gerenciamento e a avaliação de programas de saúde, é fundamental que o nível local tenha interesse nos dados registrados e nas informações produzidas por esse sistema, de forma a estimular os profissionais na sua alimentação e gestão com qualidade. Além disso, como gerador do dado, o nível local deveria se responsabilizar por seu aprimoramento.¹⁸ Para isso, necessitaria ter acesso a sua base de dados, para os controles necessários, e dispor de profissionais capacitados para essa atividade. A falta do registro adequado representa um entrave importante para a análise de qualidade dos atendimentos e, embora a qualidade dos registros seja frequentemente considerada proporcional à qualidade da assistência, é difícil fazer inferências sobre a qualidade na ausência de dados.¹⁹

Vale destacar que a ausência de uma rotina sistemática de avaliação na base do Remédio em Casa praticamente impede a detecção de problemas na qualidade dos seus dados. Isso também dificulta o controle do cumprimento das diretrizes clínicas

vigentes para o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos. Somente um processo contínuo de disseminação e análise das informações geradas por um sistema é capaz de garantir a qualidade dos dados. O uso adequado e sistemático da tecnologia da informação constitui uma ferramenta vital e um instrumento crítico para o moderno gerenciamento dos sistemas de saúde pública.²⁰

Problemas relacionados à qualidade dos dados podem ser decorrentes da falta de treinamento dos profissionais envolvidos, tanto na coleta como na digitação no sistema informatizado do Projeto Remédio em Casa. Portanto, é imprescindível a existência de um processo contínuo de capacitação desses profissionais, apoiado na disponibilidade de manuais de operação do sistema.

Apoiados em informações de qualidade, os serviços de saúde monitoram sua implementação no sentido de suas metas, tornando-se tanto mais responsáveis pela saúde das populações a que servem, quanto na formulação das políticas em saúde que seguem. O principal desafio para o alcance dessas metas está na capacidade de incorporação das informações produzidas rotineiramente, na melhoria dos sistemas e serviços de saúde. Faz-se necessário, portanto, investir em estratégias eficientes de disseminação de informações que possibilitem abreviar o hiato existente entre a produção do conhecimento e sua utilização em benefício da população.²¹ Sendo assim, para garantir melhor desempenho de seus Programas, é imprescindível que os responsáveis pelas políticas públicas de saúde do município do Rio de Janeiro-RJ priorizem o uso de sistemas de informações em saúde – com a incorporação das melhores tecnologias disponíveis –, de forma a poder subsidiá-los no processo de gestão municipal da Saúde.

Contribuição dos autores

Bastos MP participou da concepção e delineamento do estudo, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito.

Theme Filha MM participou do delineamento do estudo, redação e revisão crítica do manuscrito.

Referências

- Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908.
- Moura EC, Pacheco-Santos LM, Peters LR, Serruya SJ, Guimarães R. Research on chronic noncommunicable diseases in Brazil: meeting the challenges of epidemiologic transition. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2012; 31(3):240-245.
- Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único da Saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em Sistemas de Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Vasconcellos MM, Moraes IHS, Cavalcante MT. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Saúde em Debate*. 2002; 26(61): 219-235.
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Programa de Hipertensão Arterial. Como funciona o programa de hipertensão arterial [acessado em 29 jul. 2009]. Disponível em. <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=123720>
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 10a ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
- Rodrigues TC, Pécis M, Azevedo MJ, Gross JL. Homeostase pressórica e complicações microvasculares em pacientes diabéticos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo*. 2005; 49(6):882-890.
- Martins IS, Marinho PM. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(6):760-767.
- Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(2):2001-2011.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia In: Anais da 5ª diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. 2006; São Paulo, Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006 [acessado em Jul. 2009]. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>
- Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):931-943.
- van Dijk CE, Verheij RA, Swinkels IC, Rijken M, Schellevis FG, Groenewegen PP, et al. What part of the total care consumed by type 2 diabetes patients is directly related to diabetes? Implications for disease management programs. *Int. J. Integr. Care*. 2011; 11:e140 [acessado em 10 set. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280920/pdf/ijic2011-2011140.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renais crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24 Supl 1:S173-182.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12):1743-1748.
- Magruder C, Burke M, Hann NE, Ludovic JA. Using information technology to improve the public health system. *Journal Public Health Management Practice*. 2005; 11(2):123-130.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Por que pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Recebido em 24/09/2012
Aprovado em 18/02/2013