

AValiação DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS (HIPERDIA) NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Assessment of the Implementation of the Computerized System of Enrollment and Follow-up of Hypertensive and Diabetic Patients (HIPERDIA) in the Municipalities of the State of Rio de Janeiro

Ana Cláudia Chazan¹, Edson Aguilar Perez²

RESUMO

O número de hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) foi sugerido em 2005, pelo Ministério da Saúde como indicador complementar do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Pacto). Como naquele ano o número de cadastros efetuados no Estado do Rio de Janeiro (ERJ) estava bem aquém do estimado, foi encaminhado aos municípios, um questionário para avaliação do processo local de implementação do HIPERDIA. Recebemos o retorno de 72/92 (78,3%) questionários, onde 59/72 (82%) afirmaram ter o sistema instalado e 52/59 (88%) referiram a realização do cadastramento de pacientes e a digitação de dados. Dificuldades no cadastramento e na digitação foram referidas por 34/52 (65,4%) e por 19/52 (37%) municípios, respectivamente, relacionadas principalmente ao processo de trabalho das equipes e/ou a falta de estrutura do Programa de Hipertensão e Diabetes (HA e DM). A descontinuidade dos investimentos federais no aprimoramento do HIPERDIA, a rotatividade municipal dos coordenadores do Programa de HA e DM e dos responsáveis pelo HIPERDIA, a ausência de treinamento continuado e dificuldades de interlocução dos municípios com os técnicos do DATASUS e com a Coordenação estadual contribuíram para as dificuldades de implementação do HIPERDIA no estado do Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Informação; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

In 2005, the Ministry of Health suggested, as an additional indicator in the Pact of Primary Care Indicators (Pact), using the number of hypertensive and diabetic patients entered into a computerized system known as HIPERDIA, for the enrollment and follow-up of hypertensive and diabetic patients. Because during that year the number of enrollments made in the State of Rio de Janeiro (RJS) was considerably below estimate, the municipalities were each sent a questionnaire to evaluate the local implementation process of HIPERDIA. Seventy-two of the 92 (78.3%) questionnaires were returned from which 59/72 (82%) confirmed having the system installed, and 52/59 (88%) reported carrying out patient enrollments and entering data. Difficulties in registration and data entry were reported by 34/52 (65.4%) and 19/52 (37%) municipalities respectively, related primarily to the work processes of the health teams and/or to lack of structure in the Hypertension and Diabetes Program (HA and DM). Contributing to the difficulties of HIPERDIA implementation in the state of Rio de Janeiro were: discontinuity of federal investments in the improvement of the system; the municipal turnover of coordinators of the HA and DM Programs and those responsible for HIPERDIA; the lack of on-going training, and difficulties in dialogue between the municipalities with the DATASUS technicians and state Coordination.

KEY WORDS: Information Systems; Hypertension; Diabetes mellitus

¹ Professora Assistente do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária/FCM/UERJ. Mestre em Endocrinologia - UERJ. Membro do Grupo Técnico de Diabetes e Hipertensão da SES-RJ até dezembro de 2006. Rua Pereira da Silva, 586/606 Laranjeiras, Rio de Janeiro/RJ, Tel: 21 - 2557-6030 e 21-8106-8399, e-mail: anachazan@yahoo.com.br

² Médico, Coordenador do Sistema de Informação da Atenção Básica, da SMS São Bernardo do Campo/SP

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), em 2001, implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com ênfase na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Esse trabalho resultou de uma parceria com as Sociedades Científicas de Hipertensão Arterial, Cardiologia, Nefrologia, Diabetes, Endocrinologia e Metabologia, entidades de pacientes com essas patologias, com os 27 Estados brasileiros e Distrito Federal; e com 5.563 municípios através de representações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (INFORMES..., 2001).

No sentido de reorganizar os serviços, para o oferecimento de uma atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e/ou HA, foi priorizado por este plano a confirmação de casos suspeitos; a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH; e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA.

O HIPERDIA, portanto, foi concebido para permitir o monitoramento dos pacientes captados neste Plano e gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua, a todos os pacientes cadastrados no programa (PORTAL..., 2007).

Este sistema é composto pelos subsistemas Municipal e Federal, de modo que os dados gerados nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) compõem uma base nacional de informações que pode ser acessada por meio da internet, através de site específico do DATASUS, órgão do MS responsável pelos sistemas informatizados.

O fluxo das informações ocorre a partir do preenchimento da Ficha de Cadastro do paciente hipertenso e/ou diabético pelos profissionais de saúde. Os dados são digitados, sendo então possível a obtenção de diversos Relatórios e Gráficos, através da internet, a partir das bases nacional, estadual ou municipal de dados. Informações como o número de pacientes com HAS, DM tipo 2, DM tipo 1, HAS associada a DM tipo 2 e HAS associada a DM tipo 1, além do número de pacientes obesos, tabagistas, sedentários, com dislipidemia ou com complicações crônicas, discriminados por sexo e idade (PEREZ; VILANOVA, 2007) são possíveis de serem extraídas nestes relatórios.

Para gerenciamento do atendimento prestado pelas unidades de saúde, foi instituída a Planilha de Acompanhamento

do paciente hipertenso e/ou diabético no HIPERDIA que permite a monitorização dos pacientes cadastrados, através dos exames laboratoriais realizados, de variações de prescrições e o aparecimento de complicações.

A manutenção do Sistema requer a introdução das datas de óbitos dos pacientes cadastrados, comprovadas por cópias dos respectivos atestados, ou de maneira mais segura, através de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Pacientes que mudam de Unidades de Saúde ou de municípios precisam ter seus cadastros desativados na unidade de origem e refeitos na unidade de destino. A correção de cadastros duplicados é possível através de utilitário que o próprio sistema fornece. Com a efetuação dessa manutenção obtém-se de maneira fidedigna o número de pacientes que realmente utilizam os serviços de saúde, assim como o consumo correto de medicamentos (PEREZ, 2007).

Os equipamentos necessários para a implantação do HIPERDIA nas SMS são: um microcomputador Pentium ou similar, uma impressora jato de tinta e o sistema operacional Windows 98 ou superior. O sistema pode ser instalado a partir de disquetes, CD-ROM ou pela Internet através do site: www.datasus.gov.br/hipertensao. Em relação aos recursos humanos são necessários: um administrador do sistema – profissional responsável pela manutenção do ambiente do sistema (instalação, configuração, atualizações) e da base de dados (controle de acesso, salvamento e recuperação da base de rotinas de transferências) e um operador – profissional responsável pela entrada de dados coletados através da Ficha de Cadastro do paciente hipertenso e/ou diabético (BRASIL, 2002).

O acesso à internet permite verificar se os dados chegaram no nível federal, obter informações quanto à atualização do sistema (manuais, instrutivos operacionais, fichas de cadastro e acompanhamento), conhecer as portarias que regulamentam o programa de hipertensão e diabetes, acessar links úteis e contatos para o suporte técnico do sistema, além da obtenção dos relatórios e gráficos já mencionados.

Aos gestores estaduais, cabem o acompanhamento e a assessoria aos municípios no processo de implementação do sistema. Ao DATASUS, cabe o suporte técnico aos gestores locais do sistema.

Para fins de cálculos da população de hipertensos e diabéticos, o MS estima em 11% a prevalência de diabetes e em 30% a prevalência de hipertensos na população acima de 40 anos. Em dezembro de 2005, o número de portadores de diabetes no estado do Rio de Janeiro (com ou sem hipertensão) cadastrados no HIPERDIA era de

63.501, correspondendo a 11% da população de diabéticos estimada para o estado.

Com o objetivo de avaliarmos o processo de implementação do HIPERDIA em nosso estado, foi encaminhado um questionário semi-estruturado aos municípios.

METODOLOGIA

Em abril de 2006, durante o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Pacto) (BRASIL, 2006), os Diretores de Saúde Coletiva e Coordenadores municipais da Atenção Básica receberam uma comunicação sobre a necessidade de avaliação pela SES-RJ, do processo de implementação do HIPERDIA ao nível municipal, acompanhada do seguinte questionário:

Nome do Município

Cobertura do PSF:

- 1) Tem sistema informatizado HIPERDIA instalado em seu município?
- 2) Realiza e digita o cadastro de diabéticos e/ou hipertensos no HIPERDIA?
- 3) Seu município encontra dificuldades no cadastramento dos pacientes? De que natureza?
- 4) Seu município encontra dificuldades na digitação dos dados no HIPERDIA? De que natureza?
- 5) Realiza e digita o acompanhamento do HIPERDIA?
- 6) Seu município acessa os dados do HIPERDIA pela Internet?
- 7) Os dados obtidos na Internet são compatíveis com a sua máquina centralizadora?
- 8) Consultando os relatórios e gráficos no HIPERDIA (máquina centralizadora), julga os resultados encontrados compatíveis com sua realidade de atendimento?
- 9) Seu município considera necessária uma oficina para o aprimoramento do uso do HIPERDIA? Por quê?
- 10) Que sugestões daria para melhorar o HIPERDIA?

Contatos telefônicos, por e-mail e pessoais com os representantes municipais foram feitos com o intuito de se obter um maior número de questionários respondidos.

RESULTADOS

Dos 92 municípios do estado, houve retorno de 72 (78,3%) questionários, sendo 17 (18,47%) respondidos pela Coordenação do Programa de HAS e DM, 20 (27,77%) pela

Diretoria, Gerência ou Coordenação de Saúde Coletiva ou da Divisão de Programas, 15 (20,83%) pela Coordenação de Atenção Básica ou do PACS/PSF e 5 (6,94%) pelo Setor de Vigilância em Saúde ou Vigilância Epidemiológica. Dez questionários (13,88%) foram respondidos por diferentes profissionais das SMS, variando entre profissionais de saúde da ponta, digitadores, técnicos em informática e subsecretários de saúde e 5 (6,94%) não tinham identificação (Fig.1).



Figura 1 - Setor de origem do profissional que respondeu ao questionário

Entre os 72 municípios que responderam, 59/72 (82%) municípios afirmaram ter o HIPERDIA instalado (pergunta 1) e destes, 52/59 (88%) municípios disseram realizar o cadastramento de pacientes e a digitação dos dados (pergunta 2).

A consulta da base de dados do HIPERDIA, no período compreendido entre janeiro de 2001 a 2005, por um lado, não mostrou registro de 10/52 (17%) municípios que afirmaram alimentar o sistema e, por outro, mostrou algum registro para 5 (38,5%) dos treze municípios que declararam não terem o HIPERDIA instalado.

Dificuldades mencionadas para realizar o cadastramento e a digitação (perguntas 3 e 4) foram citadas por 34 (65,4%) e 19 (37%) dos 52 municípios que diziam alimentar o sistema.

Sobre as dificuldades no cadastramento, as respostas obtidas foram categorizadas em: 1) falta de estrutura (falta de estrutura organizacional e física, além de falta de recursos humanos e materiais como equipamentos, fichas e dificuldade para o fluxo das fichas); 2) falta de treinamento (sobre o sistema e sua importância, sobre os dados necessários ao preenchimento das fichas de cadastro, incluindo-se aí os documentos de identificação da população atendida e como preencher as fichas); 3) processo de trabalho das equipes (resistência entre os profissionais, letra ilegível); e 4) baixa acessibilidade da população aos serviços de APS (“onde tem PSF é mais fácil cadastrar”).

As respostas sobre as dificuldades na digitação foram categorizadas em: 1) falta de estrutura (digitador, equipamento e tempo); 2) falta de treinamento; e 3) processo de trabalho das equipes (cadastros incompletos ou ilegíveis). As tabelas 1 e 2 mostram os resultados para os municípios com o HIPERDIA instalado que referiram ter implementado ou não o cadastro e a digitação dos dados.

Tabela 1 - Qual a natureza das dificuldades no cadastramento dos pacientes?

Categorias de respostas	Municípios que têm HIPERDIA	
	Realizam cadastro 52*/59	Não realizam cadastro 7/59
1 - Falta de estrutura	13	4
2 - Treinamento	9	2
3 - Processo de trabalho	15	1
4 - Baixa acessibilidade	9	...
Total de respostas	46	7

*Entre os municípios que realizam o cadastro, 34 (65%) referiram dificuldades.

Tabela 2 - Qual a natureza das dificuldades na digitação dos dados de cadastro no HIPERDIA?

Categorias de respostas	Municípios que têm HIPERDIA	
	Realizam cadastro 52*/59	Não realizam cadastro 7/59
1 - Falta de estrutura	12	3
2 - Treinamento	2	1
3 - Processo de trabalho	4	
Total de respostas	18	4

*Entre os municípios que realizam o cadastro, 19 (37%) referiram dificuldades.

Quanto ao uso da planilha de acompanhamento dos pacientes (pergunta 5), 28/52 (54%) dos municípios que realizam o cadastro/digitação afirmaram não utilizá-la, predominando entre as justificativas a falta de treinamento para tal, questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes (retomada do cadastramento e dificuldades no preenchimento por excesso de dados solicitados) e falta de estrutura (falta de coordenação do programa, falta de recursos humanos e materiais).

Os dados municipais eram acessados via internet (pergunta 6) por 40/52 (77%) municípios que asseveraram utilizar o sistema, sendo que 24/40 (60%) apontaram incompatibilidade entre os dados acessados e aqueles contidos na máquina centralizadora (pergunta 7).

Consultando os relatórios e gráficos gerados pela máquina centralizadora (pergunta 8), 25/52 (48,1%) dos municípios julgaram que os resultados encontrados não

são compatíveis com a sua realidade de atendimento, sendo que 16/25 (64%) justificaram que atendem mais pacientes do que cadastraram.

Sobre a necessidade de um treinamento sobre o uso do SIS HIPERDIA (pergunta 9), 65/72 (90%) dos municípios concordam. As respostas foram categorizadas em: 1) Para reciclagem, tirar dúvidas ou trocar experiência; 2) Para conhecer o sistema (troca de profissionais); 3) Para sensibilizar os profissionais da ponta; e 4) Para melhorar a gestão. A tabela 3 mostra os resultados para os municípios que responderam, separando-os nos grupos que têm ou não têm o HIPERDIA.

Tabela 3 - Por que seu município considera necessária uma Oficina para o aprimoramento do uso do HIPERDIA?

Categorias de respostas	Municípios que responderam	
	Que têm HIPERDIA (56/59)	Que não têm HIPERDIA (9/13)
1 - Reciclagem, dúvidas ou troca de experiências	21	1
2 - Conhecer o sistema (troca de profissionais)	28	5
3 - Sensibilizar os profissionais da ponta	13	1
4 - Melhorar a gestão	3	1
5 - Não respondeu	9	1
Total de respostas	74	9

Quanto às sugestões para o HIPERDIA (pergunta 10), as respostas foram categorizadas em: 1) Aperfeiçoamento do sistema; 2) Treinamento (para o administrador do sistema, operador, coordenador do programa e/ou profissionais da ponta); e 3) Suporte para a gestão municipal do programa (retorno aos municípios dos dados repassados, melhor diálogo com o DATASUS, verba própria, medicamentos, recursos humanos e material). A tabela 4 mostra os resultados para os municípios que responderam, separando-os nos grupos que têm ou não têm o HIPERDIA.

Tabela 4 - Que sugestões os municípios dariam para melhorar o HIPERDIA?

Categorias de respostas	Municípios que têm HIPERDIA	Municípios que não têm HIPERDIA
1 - Aperfeiçoamento do sistema	24	...
2 - Treinamento	14	6
3 - Suporte para gestão	15	2
Total de respostas	53	8

*Entre os municípios que têm o HIPERDIA, 44 (75%) responderam. Entre os 13 que não têm o HIPERDIA, 8 (62%) responderam.

DISCUSSÃO

A história da trajetória das políticas públicas para o controle das doenças crônico-degenerativas no Brasil (LESSA, 1998) revela que houve uma prolongada exclusividade do Programa de Prevenção de Câncer até a inclusão, em 1977, do Programa de Doenças Cardiovasculares e, em 1986, do Programa de Diabetes na Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, que tinham como objetivo principal reduzir a morbidade e mortalidade pelas complicações da HAS e do DM, além de uma série de outros objetivos específicos para cada uma destas patologias (BRASIL, 1989).

Paralelamente à apresentação de propostas para o Plano Nacional de Prevenção e Controle do DM (SBEM e SBD, 1986), que previa a definição de “pirâmides” de atendimentos regionais para os pacientes portadores de diabetes, a integração dos vários programas de prevenção e controle de doenças crônicas e a avaliação de suas ações, acontecia a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde ocorria a discussão dos princípios da Reforma Sanitária (universalidade, equidade, integralidade das ações de saúde, descentralização e participação popular).

Com a implantação do SUS em 1987, pela Assembléia Nacional Constituinte, a saúde tornou-se “Um direito de todos e dever do Estado”, mas foi a partir da NOB-SUS 01/96, que os municípios assumiram a responsabilidade imediata pelo atendimento das necessidades dos cidadãos, havendo uma mudança na lógica de financiamento das ações básicas, que deixou de ser feito por produção e passou a ser per capita (instituição do PAB - Piso da Atenção Básica), o que gerou a necessidade de avaliação da aplicação dos recursos e o impacto na saúde da população (BRANCO, 1996).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Pacto) foi então constituído como um instrumento formal de negociação entre os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a intenção de melhorar a qualidade da atenção básica da saúde da população a partir do alcance de metas acordadas previamente para determinados indicadores. Este pacto teria como pressupostos o envolvimento dos gestores na pactuação e na avaliação, a participação do controle social neste processo e o retorno das informações para os profissionais locais.

A NOAS-SUS 01/01 (INFORMES..., 2001) ampliou a ênfase na regionalização e na equidade, orientando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e cabendo às Secretarias de Estado

da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), em consonância com o Plano Estadual de Saúde, com sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB - e do Conselho Estadual de Saúde - CES - e o encaminhamento ao MS. No que diz respeito à assistência, o PDR deveria ser elaborado na perspectiva de garantir, entre outras, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e o acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência, incluindo-se aí a HAS e o DM.

Todo este processo, portanto, viabilizou, em 2001, a implantação do Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de HAS e DM, uma vez que são doenças altamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto no perfil de mortalidade da população brasileira.

Pela avaliação do MS (BRASIL, 2004), esta iniciativa foi positiva considerando que, para a grande maioria dos gestores estaduais e municipais, foi o início da tomada de consciência sobre o problema, levando muitos a se mobilizarem para a adequação dos sistemas de saúde locais para atenção aos portadores desses agravos.

Os resultados desta pesquisa, entretanto, apontam uma série de dificuldades no momento de se efetivar, ao nível municipal, as Políticas Nacionais de Saúde.

Em concordância com outro estudo (CUNHA, 2002), este nos revela a carência, no setor da saúde, de recursos humanos com capacitação na área de informática e a dificuldade de acesso à infra-estrutura necessária para o uso desta tecnologia (qualidade de linha telefônica, acesso à internet e equipamentos).

O princípio da universalidade do direito à saúde não exige o porte de documentos para o acesso aos serviços de saúde, mas, na prática, o número de pacientes sem documento de identificação supera o esperado, como revelado anteriormente (CUNHA, 2002). Em nosso estudo, este fato foi considerado por muitos municípios como uma limitação para o cadastramento dos pacientes, principalmente na ausência de cobertura pelo PSF, em que os agentes comunitários de saúde podem ajudar a conseguir este dado.

O uso do HIPERDIA como uma ferramenta para avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de DM e/ou HAS ainda está longe de ser uma realidade municipal. Apesar dos dados serem produzidos no cotidiano dos serviços, no momento do contato entre médico e paciente, fica evidente, com este estudo, um fato já mencionado por outros autores (SILVA; LAPREGA, 2005): os dados são gerados sem o devido treinamento ou supervisão e sem o controle da sua qualidade. Além disso,

a sua análise se faz principalmente no nível federal, sem retorno aos municípios.

Deste modo, apesar da ênfase do MS no papel indutor de mudanças na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho dos profissionais de saúde pelo Plano de Reorganização da Atenção à HÁ e ao DM (BRASIL, 2004), constatamos que a presença do coordenador municipal do programa de HÁ e DM inexistente em muitos municípios do ERJ e as mudanças nas gestões municipais, que acarretam a rotatividade dos profissionais da saúde envolvidos tanto com o programa, quanto com o HIPERDIA, podem justificar não somente a discrepância entre as informações referentes à alimentação do sistema e aos registros encontrados como as dificuldades no processo de trabalho das equipes de saúde.

Aos serviços, ainda faltam muitos recursos humanos, insumos e medicamentos para o atendimento da população e, ao profissional da ponta, recai a atribuição de preencher muitos formulários de sistemas de informação diversos que ainda não se integram efetivamente, resultando em sobrecarga, o que é visto como perda de tempo pelas equipes (SILVA; LAPREGA, 2005).

Estas questões estão sendo discutidas à luz da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (BRASIL, 2004). O Gerenciador de Informações Locais (GIL) - é uma tentativa nesse sentido, abrangendo alguns sistemas, porém ainda está pouco disseminado.

Cabe aqui, entretanto, o esclarecimento de que o SIAB possibilita o cadastramento de diabéticos e hipertensos, mas não os identifica individualmente, não discrimina aqueles que são diabéticos e hipertensos e nem exige a comprovação diagnóstica antes do cadastramento, tornando os dados coletados, a nível Federal, com pouco valor epidemiológico.

Os sistemas de informação, uma vez corretamente utilizados, pela riqueza de dados que podem reunir, possibilitam a comprovação da necessidade de alocação de recursos financeiros para a execução de ações para o cuidado adequado da população acometida, bem como a implementação de medidas preventivas e de promoção da saúde da população assistida, mas, como discutido anteriormente, depende do processo de trabalho das equipes e da capacidade de formulação de perguntas de quem tem acesso às bases de dados (CUNHA, 2002).

Em 2002, houve um treinamento sobre o HIPERDIA no ERJ. A descontinuidade nos treinamentos, as dificuldades de comunicação com o DATASUS bem como o fato da adesão a esse sistema não propiciar nenhum incentivo financeiro aos municípios podem ter contribuído

para que alguns municípios interrompessem a alimentação do sistema com novos cadastros de pacientes e/ou com a implementação da planilha de acompanhamento como observado nos resultados apresentados.

A ausência do subsistema estadual no HIPERDIA contribuiu para a falta de interlocução entre estado e municípios no que diz respeito ao acompanhamento do processo de implantação municipal deste sistema.

A Secretaria de Atenção à Saúde, desde junho de 2005, retomou os trabalhos com o DATASUS para o aprimoramento do HIPERDIA. Algumas sugestões propostas pelos municípios foram disponibilizadas na última versão de junho de 2007.

O Grupo Técnico de Diabetes e Hipertensão Arterial da SES-RJ tem participado desde 2005 do Pacto, promovendo a discussão com os representantes municipais sobre os indicadores de HAS e DM e estimulando a reflexão sobre o processo de trabalho das equipes de saúde para a melhoria desses indicadores.

Como desdobramento deste trabalho, foi organizado, em dezembro de 2006, o “I Fórum Estadual sobre Hipertensão Arterial e Diabetes na Atenção Básica do Rio de Janeiro”, destinado aos coordenadores municipais da Atenção Básica. O objetivo deste evento foi discutir as políticas federais e estaduais e refletir sobre sua aplicabilidade no nível municipal. Além desta ação, já foi realizado este ano, no estado, novo treinamento sobre o HIPERDIA em parceria com o DATASUS, destinado aos usuários municipais deste sistema.

Espera-se que, na medida em que este sistema seja continuamente utilizado pelas SMS e pela própria SES como ferramenta do Pacto de Gestão, seja também efetivamente instituída a avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de HAS e/ou DM, com subseqüentes investimentos na educação permanente das equipes e na organização na rede de atenção a esses cidadãos.

Cabe ressaltar a importância do trabalho integrado das Coordenações de Atenção Primária/Básica e de Vigilância em Saúde, buscando a utilização otimizada das informações fornecidas pelo HIPERDIA, combinadas às informações do SIM, SIAB, SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e demais sistemas de informação, fazendo-se necessária, para tal, a presença de profissionais com conhecimentos em sistemas informatizados devidamente treinados.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos revelam que a implementação do HIPERDIA no Estado do Rio de Janeiro esbarra em dificul-

dades como a falta de definição de um grupo responsável nos municípios tanto pelas áreas técnicas de HAS e DM quanto pelo próprio HIPERDIA, além de faltar recursos humanos e materiais e conhecimento necessário para a utilização deste sistema de informação em muitos dos municípios. A internet, meio de acesso a várias informações úteis para a gestão e atualização sobre o sistema é subutilizada.

REFERÊNCIAS

- BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.2, p.267-270, jun. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: OMS, 2004. 64p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **HiperDia**. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Manual de Operação versão 1.5 M02. Rio de Janeiro, 2002, 98p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.742** de 30 de agosto de 1996. DO 170, de 2/9/96. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>>. Acesso em: 02 abr. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95** de janeiro de 2001. Disponível em: <www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislação/NOAS01_PT95.htm>. Acesso em: 02 abr. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493** de 13 de março de 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes Mellitus**. Brasília, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta**. Versão 2.0. Brasília, 2004. 38p.
- CUNHA, R. E. da. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.869-878, 2002.
- GRUPO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Plano Nacional de prevenção e controle do diabetes “mellitus”. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 30, n.1, mar., p. 24-30, 1986.
- INFORME da Atenção Básica. **Intersetorialidade e Integralidade**: prioridades no Cuidado aos Hipertensos e Diabéticos, v. 6, n.30, jul./ago. 2005.
- INFORMES Técnicos Institucionais. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Secretaria de Políticas Públicas/MS. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.6, p.585-588, 2001.
- LESSA, I. Os programas nacionais de educação e controle para DCNT. In: ———. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998, p. 241-250.
- PEREZ, E. A. ; VILANOVA, R.M.S. Sistema Informatizado HIPERDIA – Cadastro e Acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. 1ª Expogest – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS. Eixo 1: Organização da Atenção Integral em Saúde. **Resumos de Trabalhos e Grandes Conversas**. 498p. Disponível em: <www.dtr2002.saude.gov.br/expogest>. Acesso em: 25 mar. 2007.
- PEREZ, E. A. Utilização do Sistema Informatizado HIPERDIA no Programa de Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio À Descentralização. 1ª Expogest – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS. Eixo 1: Organização da Atenção Integral em Saúde. **Resumos de Trabalhos e Grandes Conversas**. 498p. Disponível em: <www.dtr2002.saude.gov.br/expogest>. Acesso em: 25 mar. 2007.
- PORTAL da Saúde. **HiperDia**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 11 mar. 2007.
- SILVA, A. S. da; LAPREGA, M. R.. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p. 1821-1828, nov.-dez, 2005.

Submissão: Maio de 2007

Aprovação: Dezembro de 2007
