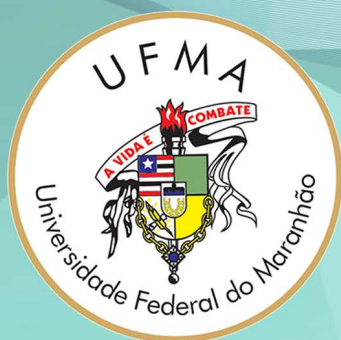


ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR
MÓDULO 11 - CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
JOYCE SANTOS LAGES

NEFROLOGIA

UNIDADE 1

CONTROLE E AVALIAÇÃO DA DRC NO SUS

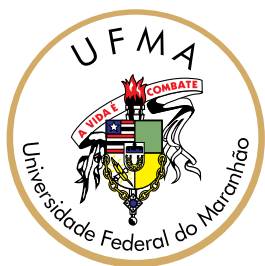


ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR
MÓDULO 11 - CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO
JOYCE SANTOS LAGES

NEFROLOGIA

UNIDADE 1

CONTROLE E AVALIAÇÃO DA DRC NO SUS



AUTORA

JOYCE SANTOS LAGES

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (1996), especialização em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (2009). Atualmente é superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Docente do quadro efetivo da Universidade Federal do Maranhão. Membro do corpo técnico de Certificadores de Hospitais de Ensino para o Ministério da Educação e Saúde. Revisora da Revista Texto e Contexto da Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cardiovascular e Nefrologia, atuando principalmente nas áreas da gestão e assistência. Atualmente é membro do Projeto PREVRENAL, primeiro estudo de prevalência de Doença Renal Crônica em comunidades Quilombolas no Estado do Maranhão

EQUIPE TÉCNICA DO CURSO

Coordenação Geral

Natalino Salgado Filho

Coordenação Adjunta

Christiana Leal Salgado

Coordenação Pedagógica

Patrícia Maria Abreu Machado

Coordenação de Tutoria

Maiara Monteiro Marques Leite

Coordenação de Hipermídia e Produção de Recursos Educativos

Eurides Florindo de Castro Júnior

Coordenação de EAD

Rômulo Martins França

Coordenação Científica

Francisco das Chagas Monteiro Júnior

João Victor Leal Salgado

Coordenação Interinstitucional

Joyce Santos Lages

Coordenação de Conteúdo

Dyego J. de Araújo Brito

Supervisão de Conteúdo de Enfermagem

Giselle Andrade dos Santos Silva

Supervisão de Avaliação, Validação e Conteúdo Médico

Érika C. Ribeiro de Lima Carneiro

Supervisão de Conteúdo Multiprofissional

Raissa Bezerra Palhano

Supervisão de Produção

Priscila André Aquino

Secretaria-Geral

Joseane de Oliveira Santos

O CURSO

O curso de especialização em Nefrologia Multidisciplinar tem como objetivo promover a capacitação de profissionais da saúde no âmbito da Atenção Primária e fundamentar o cuidado integral e as ações de prevenção à doença renal. Busca, ainda, desenvolver e aprimorar competências clínicas/gerenciais na prevenção e no tratamento do usuário do SUS que utiliza a Rede Assistencial de Saúde.

Este curso faz parte do Projeto de Qualificação em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA, em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o apoio do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doença Renal da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Essa iniciativa pioneira no Brasil contribuirá também para a produção de materiais instrucionais em Nefrologia, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, disponibilizando-os para livre acesso por meio do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Este acervo é um repositório digital da UNA-SUS que contribui com o desenvolvimento e a disseminação de tecnologias educacionais interativas.

O modelo pedagógico enquadra-se na modalidade de educação a distância (EAD), que possibilita o acesso ao conhecimento, mesmo em locais mais remotos do país, e integra profissionais de nível superior que atuam nos diversos dispositivos de saúde. Estamos associando tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a você, nosso discente, materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica de ensino-aprendizagem.

Esperamos que você aproveite todos os recursos produzidos para este curso.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo!

Prof^a. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Coordenador do Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar da UNA-SUS/UFMA

Produção

Editor Geral

Christiana Leal Salgado
Eurides Florindo de Castro Júnior
Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

Revisão Técnica

Christiana Leal Salgado
Giselle Andrade dos Santos Silva
Patrícia Maria Abreu Machado
Soraya Maria da Rocha Froes

Revisão de Texto

Fábio Allex

Projeto Gráfico

Marcio Henrique

Colaboradores

Antonio Paiva da Silva
Antonio Pedro Aragão Ferreira
Camila Santos de Castro e Lima
Douglas Brandão França Junior
Hanna Correa da Silva
João Gabriel Bezerra de Paiva
Luan Passos Cardoso
Paola Trindade Garcia
Priscila Aquino

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís - MA.
Site: www.unasus.ufma.br

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva - CRB 13ª Região, nº de registro - 453

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Controle e avaliação da DRC no SUS/Joyce Santos Lages - São Luís, 2015.

42f.: il.

1. Doença crônica. 2. Saúde pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Salgado Filho, Natalino. IV. Machado, Patrícia Maria Abreu. V. Froes, Soraya Maria da Rocha.

CDU 614.2

Copyright @UFMA/UNA-SUS, 2011. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

APRESENTAÇÃO

Caro aluno.

Nesta unidade vamos estudar os aspectos relacionados ao controle e a avaliação das ações em saúde nos serviços e sistemas disponibilizados pelo SUS.

Inicialmente, será feita uma breve caracterização da DRC; em seguida serão descritos os conceitos de controle e avaliação de uma forma generalizada e, posteriormente, de modo mais específico em relação à DRC, a fim de ampliar sua visão sobre os processos.

Além disso, serão apresentados os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) da Rede SUS, utilizados para caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com DRC e dos grupos de risco, uma vez que tais sistemas são potentes ferramentas para o monitoramento, controle e avaliação de ações e serviços de saúde.

Bons estudos!

OBJETIVOS

- Conhecer os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) da Rede SUS, utilizados para caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com DRC e dos grupos de risco.
- Compreender os aspectos necessários para o controle e avaliação das ações em saúde nos serviços e sistemas disponibilizados pelo SUS.

LISTA DE SIGLAS

AIH	- Autorização para Internação Hospitalar
CADSUS	- Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	- Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CID 10	- Código Internacional de Doenças
DRC	- Doença renal crônica
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
HIPERDIA	- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
Inamps	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
Noas	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
PVC	- Programa de Volta para Casa
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
Redome-NET	- Registro de Doadores Voluntários não Aparentados de Medula Óssea
SIS	- Sistema de Informação em Saúde

SNCPCH	- Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SAMHPS	- Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIA	- Sistema de Informações Ambulatoriais
SES	- Secretaria de Estado da Saúde
Siab	- Sistema de Informação de Atenção Básica
SI-PNI	- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISCOLO	- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	- Sistema de Informação do Câncer de Mama
SisPreNatal	- Sistema de Acompanhamento da Gestante
GIL	- Gerenciador de Informações Locais
Samu	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNT-Órgãos	- Órgãos - Sistema Nacional de Transplantes
SNT-Tecidos	- Tecidos - Sistema Nacional de Transplante
SIPNASS	- Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
SISREG	- Sistema de Centrais de Regulação
Siops	- Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SGF	- Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS
SISGERF	- Sistema de Gerenciamento Financeiro
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
TRS	- Terapia renal substitutiva
TFG	- Taxa de filtração glomerular
VERSIA	- Sistema de Verificação do SIASUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	20
3	SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE (SIS)	27
4	ESTRUTURAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO ..	30
4.1	Monitoramento das ações e serviços de saúde.....	31
5	CONTROLE E AVALIAÇÃO DA DRC NO SUS	32
	REFERÊNCIAS	41

UNIDADE 1

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se por dano renal (anormalidades estruturais ou funcionais) independentemente da taxa de filtração glomerular (TFG) ou por uma $TFG < 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$, com ou sem dano renal, por um período maior ou igual a três meses (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).



Independentemente da doença de base, os principais desfechos da DRC incluem: complicações (anemia, acidose metabólica, desnutrição e alteração metabólicas), perda de função renal e óbito (principalmente, por causas cardiovasculares). Se a DRC for diagnosticada precocemente e as medidas nefro e cardioprotetoras implementadas com celeridade, esses desfechos podem ser prevenidos ou adiados (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Atualmente, a DRC é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência de função renal são crescentes; o prognóstico é ruim e os custos do tratamento, altíssimos (SALGADO-FILHO; BRITO, 2006; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Estima-se que haja no país aproximadamente 100.400 pacientes em tratamento dialítico. Destes, perto de 62,6% têm entre 19 e 64 anos; portanto, em uma faixa etária produtiva. A taxa de mortalidade de pacientes em diálise em 2013 foi de 17,9%. A DRC é uma doença com grande impacto no sistema de saúde. Calcula-se que 84% dos tratamentos dialíticos, em 2013, foram custeados pelo Sistema Único de Saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2014).

ATENÇÃO!

O controle e a avaliação no SUS são imprescindíveis para fundamentar as decisões técnicas, para a melhoria contínua dos sistemas de informação e dos serviços de saúde, para o incremento das práticas de gestão, para a consolidação de uma assistência à saúde de excelência e, por conseguinte, para o fortalecimento do próprio SUS.

Assim, deve-se avaliar, no mínimo, os seguintes aspectos:

- O sistema de saúde em sua abrangência, mas de forma particularizada nas esferas municipal, estadual e federal, considerando as competências de cada uma delas; a autonomia de cada esfera, mas também a interdependência entre elas.
- A pertinência das ações especificadas nos planos de saúde, levando em conta o perfil epidemiológico da população (natalidade, mortalidade, morbidade e bem-estar).
- Os modelos de atenção à saúde, isto é, a forma como o SUS foi estruturado, efetuando o controle e a avaliação dos seguintes pontos: gestão, financiamento, cobertura, acesso, integralidade, hierarquização, regionalização, intersetorialidade, controle social nas áreas da atenção (básica e especializada) e vigilâncias (epidemiológica e sanitária). Tal controle e avaliação estendem-se também às ações-meio: administrativa e financeira, auditoria, gestão do trabalho e educação em saúde, gestão da informação, planejamento e orçamentação, dentre outras (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Pelo exposto, evidencia-se a importância do controle e da avaliação da DRC no âmbito do SUS, os quais devem ser direcionados para aspectos administrativos e assistenciais relacionados com a doença, de modo a implementar e/ou fortalecer políticas públicas eficazes, eficientes e efetivas, minimamente para os grupos de risco, além de promover a prevenção, o diagnóstico precoce e/ou a progressão da DRC, a minimização de custos e a racionalização de recursos.

2 MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O que é monitoramento?

É uma ação que permite a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno (CARVALHO et al., 2012).

Particularmente na área da saúde, o **monitoramento** da execução dos procedimentos realizados e da produção dos serviços fornece indicadores para o controle, a avaliação e a melhoria da atenção à saúde, pois viabiliza o planejamento e o replanejamento das ações.

O que é controle?

Usualmente, de acordo com dicionários da língua portuguesa, o **controle** é definido como a fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos e departamentos ou sobre produtos, para que tais atividades ou produtos não se desviem das normas pré-estabelecidas (BRASIL, 2011).

FIXE ESSE CONCEITO!

Para o Ministério da Saúde, o controle pode ser entendido como a supervisão contínua para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado. Considera, ainda, que o controle pode se dar de forma antecipada, concomitante ou subsequente ao processo de execução das atividades (BRASIL, 2011).

O que é avaliação?

Consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar nas tomadas de decisão. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A **avaliação** tem como objetivos:

Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção.

Fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer.

Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida.

Contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas.

Na apreciação da estrutura, busca-se comparar os recursos disponíveis com critérios e normas correspondentes, verificando-se, dessa forma, se são suficientes para atingir os resultados esperados. É nessa modalidade que são abordadas a competência do pessoal, a organização administrativa, a quantidade de recursos disponíveis e sua adequação.

Além da avaliação normativa, a pesquisa avaliativa é apontada como uma forma de julgamento sobre os resultados de um projeto/ programa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Trata-se de um procedimento realizado após a ocorrência de uma intervenção, que analisa aspectos como a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Avaliar não é apenas medir, mas sobretudo julgar a partir de um referencial de valores. É estabelecer, com base em análises objetivas, o confronto entre a situação ideal e a real; acompanhar o possível afastamento dos objetivos e metas de modo a permitir ações rápidas e contínuas de ajustes e correção de rumos, com economia de recursos e tempo (Garcia, 2001 apud CARVALHO et al., 2012).

OBSERVAÇÃO!

O fomento da “cultura avaliativa” requer qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas e ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (FELISBERTO, 2006).

De acordo com Takeda; Yves (2006), avaliar é uma responsabilidade e, como tal, as organizações não podem deixar de exercê-la.. Institucionalizar a avaliação significa incorporá-la ao sistema, permitindo o monitoramento da capacidade dos serviços de responder às necessidades em saúde; o acompanhamento dos efeitos das intervenções; a identificação e a correção de problemas; enfim, a retroalimentação de equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades.

Nesse sentido, a institucionalização de mecanismos efetivos e pactuados de monitoramento e avaliação e da gestão do SUS devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios e do gestor federal no âmbito do SUS, visando ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde (CARVALHO et al., 2012).



REFLITA COMIGO!

Quais as vantagens de efetuar-se o monitoramento e avaliação de um serviço de saúde? O que você acha que pode ocorrer com um serviço de saúde sem controle adequado das ações desenvolvidas, tanto do ponto de vista econômico-financeiro quanto do assistencial?

No Brasil, a criação de instâncias de controle e avaliação na saúde ocorre de forma mais consistente a partir de 1978 com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Concomitante e atrelada à construção dos sistemas de informações da assistência à saúde, tem-se:



(MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

As três últimas décadas do século 20 foram de extrema importância na construção do processo de avaliação e controle do sistema de saúde atual, como pode ser percebido no diagrama a seguir:

Figura 1 - Processo de avaliação e controle do sistema de saúde atual.

	Evento	Característica	Instrumento
DÉCADA 70	Criação do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares	Ressarcimento de despesas ato a ato, mediante a comparação entre a fatura e o parâmetro	Guia de internação hospitalar (GIH) Tabela de Honorários Médicos
DÉCADA 80	Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social	Sistema de remuneração fixa por procedimento baseado em valores globais	Tabela de procedimentos com valores globais Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
DÉCADA 90	Transferência do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)	Não houve alterações	AIH em todo o território nacional (em disquete) Utilização de software Boletim de produção ambulatorial

Fonte: MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006

A Portaria nº 373, de 27.02.2002, aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (Noas-SUS 01/02). De acordo com esta norma, as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população (BRASIL, 2002).

As atribuições do Controle, da Regulação e da Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo. Segundo a Noas 01/2002, o controle e a avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS aos prestadores de serviço compreendem, dentre outras, as seguintes atribuições:

Conhecimento pleno dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território.

Cadastramento de serviços fidedigno, completo e atualizado permanentemente.

Condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, ou seja: o processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente, deve obedecer aos preceitos da legislação e às normas que orientam a administração pública.

Acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2002).

Ainda segundo a Noas 01/2002, o fortalecimento do controle e da avaliação deve ocorrer principalmente em quatro dimensões:

- a. avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- b. relação com os prestadores de serviços;
- c. qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d. resultados e impacto sobre a saúde da população (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Pacto de Gestão do SUS descentraliza radicalmente as atribuições do Ministério da Saúde, consolida a territorialização da saúde e o controle social e define responsabilidades do gestor estadual e municipal concernentes ao monitoramento, controle e avaliação no SUS (BRASIL, 2011).

Segundo esse Pacto, no tocante à avaliação, compete ao gestor estadual:

1

Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados e indicadores e verificação dos padrões de conformidade.

2

Avaliar as ações de vigilância em saúde realizadas pelos Municípios e pelo próprio Estado.

3

Avaliar os sistemas municipais de saúde.

A avaliação pode ser realizada para programas, serviços assistenciais, tecnologias e outros. No caso específico da contratação de serviços de média e alta complexidade, é necessário avaliar se as ações realizadas pelos serviços são aquelas esperadas, tanto em quantidade como em qualidade

e resultados.

A avaliação para a gestão deve produzir informação e conhecimento que servirão como fator orientador de decisão dos gestores do SUS. A análise da estrutura, dos processos e dos resultados das ações, serviços e sistemas de saúde tem como objetivo verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de:

- eficácia (grau de alcance de metas);**
- eficiência (recursos envolvidos);**
- efetividade (impacto) estabelecida para o sistema de saúde;**
- análise de indicadores.**

As equipes gestoras devem exercer o controle das ações contratadas por meio de diversas ações, tais como:

- Autorizar a emissão para Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- Verificar o perfil das internações realizadas (principais causas) e a adequação das internações (tipo de patologia) com a situação de saúde existente e com as tecnologias praticadas (internações evitáveis, indicações de procedimentos adequados etc.).
- Analisar a mudança de procedimentos durante a internação que precisa de autorização do diretor clínico do hospital e que deve constar do prontuário do paciente (por exemplo, diárias de UTI e procedimentos especiais).
- Autorizar realização de exames de alta complexidade por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC).
- Analisar a fatura apresentada (BPA) e compará-la ao relatório da fatura processada e ao montante físico programado para o atendimento ambulatorial.
- Analisar os relatórios dos sistemas ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH).

- Verificar os indicadores e taxas de qualidade dos serviços (infecção, mortalidade, utilização etc.).
- Controlar o cumprimento das normas emanadas do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e da Secretaria Municipal da Saúde.
- Acolher denúncias de usuários, prestadores, gestores ou profissionais de saúde.
- Acionar a realização de auditorias e de inspeções sanitárias, para esclarecer distorções e problemas na assistência (BRASIL, 2011).

SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre assistência de média e alta complexidade no SUS? É só clicar no link: <http://goo.gl/hBVI6U>

Aprofunde seus conhecimentos lendo sobre o papel e as atribuições dos gestores do SUS clicando no link: <http://goo.gl/JRhXD9>

3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE (SIS)

O Sistema de Informações em Saúde (SIS) é parte integrante do sistema de saúde e deve possibilitar o registro, a compilação e a difusão dos dados em saúde (BRASIL, 2009). Deve, ainda, prover o suporte necessário para que o planejamento, as decisões e as ações dos gestores - em quaisquer níveis decisórios (municipal, estadual ou federal) - não se baseiem em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou suposições (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde conta com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que congrega nove sistemas de informação em saúde do SUS. Cada um desses sistemas possui subsistemas, que contemplam dados específicos, alguns dos quais são citados a seguir (BRASIL, 2015).



Quadro 1 - Sistemas e subsistemas integrantes do DATASUS.

SISTEMA	SUBSISTEMA	
Cadastros nacionais	CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
	CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
	CID 10	Código Internacional de Doenças
	Bases Territoriais	--
Epidemiológicos	Siab	Sistema de Informação de Atenção Básica
	SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
	SISCOLO/ SISMANIA	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama
	HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
	SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento da Gestante
Ambulatoriais	GIL	Gerenciador de Informações Locais
	SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
	Apac magnético	Sistema de Captação de Dados (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade)
	BPA magnético	Boletim de Produção Ambulatorial
	VERSIA	Sistema de Verificação do SIASUS
Sociais	Bolsa Família	--
	PVC	Programa de Volta para Casa

Regulação	e-SUS Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
	Redome-NET	Registro de Doadores Voluntários não Aparentados de Medula Óssea
	SNT-Órgãos	Órgãos - Sistema Nacional de Transplantes
	SNT-Tecidos	Tecidos - Sistema Nacional de Transplantes
	SIPNASS	Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
	CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
	SISREG	Sistema de Centrais de Regulação
Financeiros	Siops	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
	SGF	Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS
	SISGERF	Sistema de Gerenciamento Financeiro
Hospitalares	SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
	HEMOVIDA	Sistema de Gerenciamento em Serviços de Hemoterapia
Estruturantes	INTEGRADOR	Sistema de Integração dos Sistemas de Informação em Saúde
	FORMSUS	Criação de Formulários
	SISNET	Sistema de Controle de Envio de Lotes
Eventos vitais	SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
	SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos

Além desses sistemas de informação, para implementar, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde, o gestor do SUS deve utilizar as seguintes ferramentas:

- Planos de Saúde e Relatórios de Gestão Aprovados pelos Conselhos.
- Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- Plano Diretor de Investimentos (PDI).
- Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- Pactos de Indicadores.

Termos de Compromisso de Gestão.

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (BRASIL, 2011).

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada pelo gestor respectivo, criando mecanismos que garantam a participação do controle social na avaliação do sistema e contribuindo, assim, para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. As ações concernentes à avaliação compreendem:

- Avaliação da relação entre programação, produção e faturamento.
- Avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema.
- Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

SAIBA MAIS

Acesse mais informações sobre os Sistemas de Informação do SUS no link: <http://goo.gl/ZGDcpM>

4 ESTRUTURAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Ao gestor estadual cabe acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitadas as competências municipais. O gestor estadual tem, entre suas competências, a de prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.

As secretarias estadual/municipal de Saúde devem dotar o órgão de controle e avaliação de estrutura administrativa, área física, recursos humanos e equipamentos. A equipe deve ser multiprofissional e constantemente capacitada (BRASIL, 2011).

Devem ser utilizadas as normas nacionais de controle e avaliação, sendo que cada estado pode estabelecer normas complementares. Os instrumentos de controle e avaliação nacionais já utilizados são:

Cartão Nacional de Saúde.

Comissões autorizadoras/médicos autorizadores.

Protocolos clínicos/protocolos de acesso:: objetivam garantir a alocação de recursos terapêuticos e propedêuticos mais adequados a cada situação clínica considerada.

Indicadores de parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade.

Manuais de orientação disponibilizados aos gestores no site do Ministério da Saúde.

Mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos.

Portarias técnicas específicas.

Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários - pesquisa de satisfação dos usuários (BRASIL,2011).

4.1 Monitoramento das ações e serviços de saúde

Em relação ao monitoramento da execução dos procedimentos realizados, o gestor deve analisar e utilizar a informação resultante da produção dos serviços, pois ela retroalimenta o planejamento, indica auditorias e fornece indicadores para o controle, a avaliação e a melhoria da atenção à saúde (BRASIL, 2011). Tanto o SIH quanto o SIA produzem relatórios de saída cujas análises são essenciais para monitorar os serviços de saúde. Dentre os relatórios de saída do SIH/SUS, citam-se:

Relatório de dados cadastrais do hospital.

Relatório demonstrativo de Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) pagas no processamento.

Relatório comparativo entre procedimento solicitado e procedimento realizado.

- Relatório de frequência de procedimentos.
- Relatórios de procedimentos especiais.
- Situação cadastral da unidade.
- Relatório de acompanhamento da programação físico-orçamentária.
- Relatório síntese da produção ambulatorial.
- Relatório de frequência de procedimentos (TAB).
- Relatório síntese da produção da Apac..
- Relatório demonstrativo das Apac apresentadas.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Discriminativo de pagamentos de serviços.
- Relatório da situação da produção (BRASIL, 2011).

5 CONTROLE E AVALIAÇÃO DA DRC NO SUS

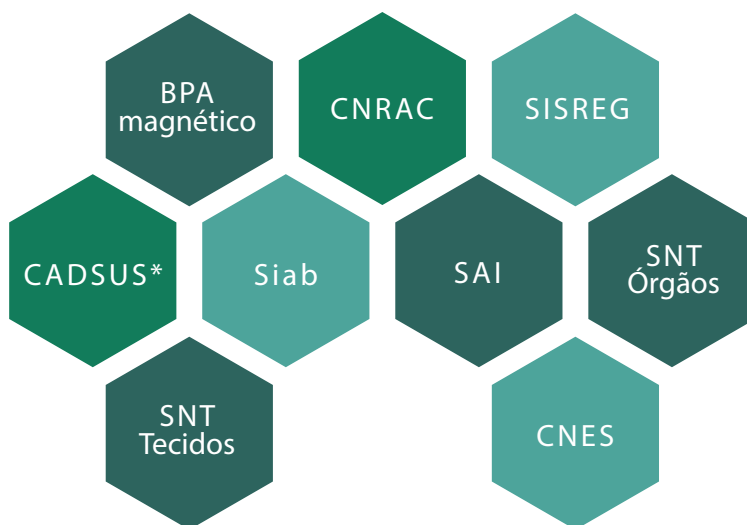


Os estabelecimentos de saúde autorizados a cuidar das pessoas com doença renal crônica (DRC), na qualidade de integrantes do SUS, devem também ser objeto do controle e avaliação por parte das instituições competentes. A Portaria nº 1168/GM de 15 de junho de 2004, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas. No tocante ao controle e à avaliação, foram definidos os seguintes **componentes fundamentais** para a implementação dessa política:

- A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo.
- Um sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação.
- Protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação (BRASIL, 2004).

O sistema de controle e avaliação dos serviços de atenção em saúde renal compõe um conjunto de informações referentes aos portadores de nefropatias crônicas, hipertensos e diabéticos, nos sistemas de informação do MS, como o de mortalidade (SIM), o de internações (SIH), o HIPERDIA e o SIA/SUS - Apac. Todavia, esses sistemas não estão integrados e os produtos de disseminação de informações do DATASUS dificultam a manipulação pela maioria dos gestores (BRASIL, 2015).

Além desses sistemas, na gestão de serviços de nefrologia, em que são atendidos pacientes com DRC, os subsistemas de informação utilizados são:



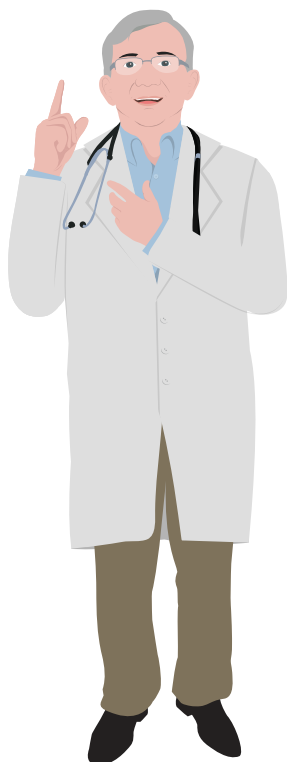
*(permite a geração do Cartão Nacional de Saúde)

Citam-se, a seguir, os sistemas para processamento da produção de terapia renal substitutiva

- As diálises serão cobradas por meio da Apac/SIA, para os procedimentos ambulatoriais, inclusive quando o paciente apresentar intercorrência que resulte em internação com emissão de AIH. Os exames de rotina dos pacientes em programa de terapia renal substitutiva (TRS) e os acompanhamentos de pacientes pós-transplante renal também são cobrados por meio do Apac/SIA.
- Para paciente com insuficiência renal aguda, a cobrança das diálises deve ser por meio da AIH no SIH/SUS.
- O paciente em trânsito, em outros municípios ou estados, deve realizar encerramento da Apac no local de origem e abertura de nova Apac no local em que se encontra, transitoriamente.
- As secretarias estaduais devem estabelecer fluxo para transferência de pacientes e respectivos recursos financeiros, entre os serviços e os respectivos gestores, por meio das Comissões Intergestores (SANTA CATARINA, 2008).

Em 13 de março de 2014, foi publicada a Portaria nº 389 do Ministério da Saúde, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

De acordo com essa portaria, os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, ao controle e à avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes, dentre outras, as seguintes atribuições:



Avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado.

Avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos).

Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos (BRASIL, 2014).

A avaliação do cumprimento dessas metas físicas será trimestral, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou outro sistema de informação oficial indicado pelo MS. Caso se verifique o não cumprimento da produção mínima exigida, poderão ocorrer penalidades à instituição, as quais incluem: notificação, reclassificação das habilitações, suspensão do repasse financeiro no caso de descumprimento desse prazo ou desabilitação do serviço.

Ressalta-se que a instituição pode apresentar justificativas formais ao MS para o não cumprimento das metas. Caso não sejam aceitas, o ente federativo fica obrigado a restituir os valores recebidos referentes ao período de três meses nos quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde. Tal restituição será operacionalizada pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços.

Os estabelecimentos de saúde habilitados que prestam assistência às pessoas com DRC deverão produzir as informações para atender aos **indicadores de qualidade** estabelecidos na portaria acima referida e comprometer-se com as metas instituídas. Ressalta-se que para cada indicador há uma meta específica a ser atingida e um intervalo particular de monitoramento, que pode ser mensal ou trimestral. Todos os indicadores são quantitativos e baseiam-se em variáveis clínicas.

Esses indicadores são, portanto, relevantes ferramentas de controle e avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com DRC, estejam eles em tratamento conservador, em programa dialítico ou em uma fase pós-transplante.

Indicador quantitativo - é um índice que reflete uma situação determinada a partir da relação entre variáveis quantitativas, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas.

Variáveis quantitativas - são os dados numéricos sobre determinado fato ou situação que compõem o numerador e o denominador do indicador (SANTA CATARINA, 2008).

Indicadores em tratamento conservador

Proporção de pacientes em tratamento conservador com hemoglobina (Hb) > 10 mg/dL

Proporção de pacientes em tratamento conservador com a dosagem de fósforo (P) $2,5 < P < 4,5$ mg/dL

Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com fístula arteriovenoso (FAV) maturada.

Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento (BRASIL, 2014).

Indicadores em terapia renal substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal)

Proporção de pessoas em diálise peritoneal.
Taxa de hospitalização de pacientes por intercorrência clínica.
Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de três meses.
Taxa de mortalidade em pacientes com DRC em tratamento dialítico.
Número de soroconversão para hepatite C positiva em pacientes submetidos à hemodiálise.
Incidência em peritonite em pacientes em DPA e DPAC.
Proporção de pacientes com hemoglobina > 10 g/dL, em tratamento dialítico.
Proporção de pacientes com albumina > 3,0 mg/dL.
Proporção de pacientes com fósforo entre 3,5 a 5,5 mg/dL.
Proporção de pacientes com PTH > 600g/ml.
Proporção de pacientes em HD com Ktv > 1,2.
Proporção de pacientes aptos para o transplante e com mais de seis meses de tratamento dialítico, inscritos na CNCDO.
Proporção de confecção de FAV maturadas (BRASIL, 2014).

Além do monitoramento descrito, o ente federativo beneficiário deve efetuar a comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Esse relatório é analisado pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que acompanha a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994.

Os recursos financeiros recebidos são movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União.

De forma específica, no que se refere ao controle e à avaliação da DRC, ressaltam-se os itens a seguir:

- A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal definiu como componentes fundamentais desses processos:
 - a. o envolvimento das três esferas de governo;
 - b. os sistemas de informação (para portadores de nefropatias crônicas, hipertensos e diabéticos);
 - c. protocolos de conduta em todos os níveis de atenção.

- Nas instituições habilitadas ao atendimento à pessoa com DRC devem ser avaliados os seguintes aspectos:
 - a. estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado;
 - b. compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, de atendimentos realizados e de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos);
 - c. qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos.

As instituições de saúde habilitadas que prestam assistência às pessoas com DRC devem atender aos indicadores de qualidade específicos e o não cumprimento das metas exigidas pode acarretar penalidades à instituição (BRASIL, 2014).

SAIBA MAIS:

Para obter mais informações sobre a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC, acesse o link:

<http://goo.gl/uO1Js9>

Seguem alguns links com mais informações sobre os temas abordados nesta unidade:

<http://goo.gl/nmbu55>

<http://goo.gl/MbpMZN>

<http://goo.gl/WJI1QH>

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade foram abordados aspectos relacionados à importância do controle e da avaliação no âmbito do SUS e de instituições que tratam pacientes com DRC, destacando-se os seguintes pontos:

- As ações devem ocorrer em todo o sistema de saúde, de forma particularizada e pactuada nas esferas municipal, estadual e federal, com as respectivas responsabilidades definidas.
- O controle e avaliação tem por objetivo fundamentar o planejamento de ações e de decisões técnicas dos gestores, para a melhoria contínua dos serviços de saúde, fortalecendo a capacidade da gestão pública da saúde.
- A avaliação dos serviços compreende a análise da estrutura, dos processos e dos resultados das ações e sistemas de saúde, de modo a verificar sua eficácia (grau de alcance de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto), inclusive por meio de indicadores.
- Orientações acerca da implantação e integração das ações referentes à linha de cuidado da pessoa com DRC.
- A institucionalização de uma “cultura avaliativa” no âmbito do SUS requer a profissionalização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde das diversas esferas de governo.

Até a próxima unidade!

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/SpL01Z>. Acesso em: 30 jul. 2015.

_____. _____. **Regulação em saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10). Disponível em: <http://goo.gl/rQSEy3>. Acesso em: 31 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria **Nº 389**, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Disponível em: <<http://goo.gl/aYkCem>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

_____. _____. Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/36NGuk>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

_____. _____. DATASUS. **Sistemas e aplicativos**. 2015. Disponível em: <http://goo.gl/0Db0KG>. Acesso em: 31 jul. 2015.

_____. _____. Portaria Nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://goo.gl/MQGmJQ>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

_____. _____. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 148 p. v. 2: Falando sobre os sistemas de informação em saúde no Brasil. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/yT3i42>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/zXGYaT>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

CARVALHO A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 901-911, apr. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/7zKV3F>. Acesso em: 31 jul. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132p. Disponível em: <<http://goo.gl/RUzZLQ>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/r3I2tp>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

TAKEDA, S.; YVES, T. Avaliar, uma responsabilidade. **Cien Saude Colet**, v.11, n.3, p. 569-571, 2006.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (Org.). **A Política de regulação no Brasil.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12). Disponível em: <http://goo.gl/8gMhYo>. Acesso em: 31 jul. 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDOQI. Clinical practice guidelines for chronic disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**, v. 39, n. 2, supl. 1, p. S1-266, fev. 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/CP1RDB>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SALGADO-FILHO, N.; BRITO, D. J. A. Doença Renal Crônica: a grande epidemia deste milênio. **J Bras Nefrol**, v. 28, n. 3, supl. 2, p. 1-5, set. 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/9xT1oN>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de Diálise.** SBN, 2013. Disponível em <http://goo.gl/u2eVjA>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de orientação para gestores municipais de saúde:** (recurso eletrônico). Florianópolis, SC: IOESC, 2008. 79 p.

GOVERNO FEDERAL

Presidenta da República

Dilma Rousseff

Ministro da Saúde

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Hêider Aurélio Pinto

Secretária de Atenção à Saúde (SAS)

Lumena Furtado

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Secretário Executivo da UNA-SUS

Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor

Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor

Antônio José Silva Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Fernando Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora - *Nair Portela Silva Coutinho*

COORDENAÇÃO GERAL DA UNA-SUS/UFMA

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

