



Ministério da Saúde
GABINETE DE ESTUDOS, PLANEAMENTO E COOPERAÇÃO

Política Nacional de Informação Sanitária

2005

Política Nacional de Informação Sanitária

Índice

1. Introdução
2. Contexto
3. Organização do Sistema de Saúde
4. Situação Epidemiológica
5. Análise da situação do SNIS
 - 5.1 Enquadramento Legal
 - 5.2 Componentes e funcionamento do SNIS
 - 5.3 Recursos
3. Problemas Prioritários
7. Política de Informação para a Saúde
 - 7.1 Finalidade
 - 7.2 Princípios Orientadores
 - 7.3 Medidas
 - 7.4 Objectivos Gerais
 - 7.5 Objectivos Específicos
 - 7.6 Estratégias de Intervenção
 - 7.6.1 Reforço da estrutura de gestão do SNIS
 - 7.6.2 Reforço do nível de desempenho do sistema
 - 7.6.3 Definição de um quadro de informação adaptada a cada nível
 - 7.6.4 Utilização da informação
 - 7.6.5 Integração no planeamento nacional
 - 7.6.6 Implementação da Política de Informação Sanitária

Referências

NOTA – nova versão de documento elaborado em Novembro de 2004 e revisto após Atelier de Validação realizado em Março de 2005.

SIGLAS E ABREVIATURAS

DGRHA	–	Direcção Geral de Recursos Humanos e Administração
DGS	–	Direcção Geral da Saúde
GEPC	–	Gabinete de Estudo, Planeamento e Cooperação
INE	–	Instituto Nacional de Estatística
IST/SIDA	–	Infecções Sexualmente Transmissíveis / Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida
MS	–	Ministério da Saúde
ODM	–	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PAV	–	Plano Alargado de Vacinação
PND	–	Plano Nacional de Desenvolvimento
SNIS	–	Sistema Nacional de Informação Sanitária
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
SPS	–	Sector Público de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde definiu Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de colecta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planear, organizar e avaliar os serviços da saúde.

Um sistema de informação sanitária é definido, também, como um conjunto de componentes e procedimentos inter-relacionados, organizados com o objectivo de criar informação sanitária e com capacidade para monitorizar o estado de saúde e os serviços de saúde de uma nação, por forma a melhorar os cuidados de saúde pública, a liderança e as decisões de gestão a todos os níveis.

O Sistema Nacional de Informação Sanitária é componente essencial do Serviço Nacional de Saúde. Tem por finalidade melhorar o funcionamento do macro-sistema de saúde, do qual é componente e o seu primeiro objectivo é apoiar as tomadas de decisão estratégicas, apoiar o planeamento e a gestão de programas, monitorizar o desempenho diário e fornecer avaliações periódicas para os objectivos fixados.

A informação sobre necessidades de saúde, sobre a prestação de serviços, e a disponibilidade e uso de recursos é importante para a organização dos serviços de saúde. Contribui para aumentar sua eficiência, eficácia e responsabilidade de vários modos.

Primeiro, pode ajudar os gestores a distribuir os recursos do sistema de saúde de acordo com as necessidades dos utentes e mostra se os seus planos têm resultados satisfatórios ou se há necessidade de uma acção correctiva.

Segundo, a informação pode ser usada para aumentar a responsabilidade dentro dos serviços e permite que a população utente, seus representantes, ou os parceiros saibam se os investimentos feitos no sector estão a ser bem geridos.

As informações, também, podem ser usadas para apoiar as negociações de projectos ou programas de saúde, justificar níveis apropriados de fundos ou para conseguir apoio público.

As informações acumuladas, com o passar do tempo, podem ajudar a conhecer boas ou más soluções, pontos fortes ou fracos e assim constituir uma valiosa experiência que pode conduzir a uma maior eficiência.

Um dos objectivos básicos do Sistema Nacional de Informação Sanitária é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, análise essa que leva em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença.

2. CONTEXTO

O Comité Regional Africano da OMS, na sua 54ª Sessão (2004), preocupado com a inadequação das políticas nacionais sobre sistemas de informação sanitária, a fraca organização das estruturas e a ausência dos recursos necessários à informação sanitária a todos os níveis, lembrou várias resoluções aprovadas pelo Comité Regional, desde 1991, que se referem à necessidade de criar e reforçar os sistemas de informação sanitária aos níveis nacional e distrital, e apelou à criação de mecanismos destinados a monitorizar e avaliar os progressos realizados no quadro da Política de Saúde para Todos para o Século XXI na Região Africana, Agenda 2020 e nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A preocupação com a informação em saúde em Cabo Verde está reflectida na Lei que estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde ao reconhecer como responsabilidade do Estado a organização de um sistema nacional de informação sanitária e ao atribuir aos profissionais e estabelecimentos do sector privado o dever de colaborar com as autoridades sanitárias em tudo o que disser respeito ao fornecimento de dados para a informação sanitária e para a vigilância epidemiológica.

O Programa do Governo da VI Legislatura, aprovado em 2001, sob o lema “Reformar para mais e melhor saúde” fixa como objectivos:

- melhorar o desempenho do sistema e garantir a qualidade na prestação dos cuidados de saúde a todos os níveis;
- melhorar a gestão dos recursos da saúde, reforçando a descentralização e a regionalização das respostas dos serviços.

Tais objectivos só podem ser alcançados se se dispuser de dados e informação fiável.

Assim, a elaboração de instrumentos de suporte à planificação e à gestão dos recursos, de modo a que se possa dispor de meios de referência na tomada de decisões pertinentes na matéria e o desenvolvimento de instrumentos de gestão e manutenção hospitalares, por forma a garantir a rentabilidade dos investimentos, evitar desperdícios, promover a melhoria da qualidade dos serviços foram objectos do Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2002-2005 no capítulo “Estratégias de saúde”.

Ainda o PND, no sub-programa “Estruturação do Sistema de Saúde”, aponta como medida de política a “Reestruturação do Sistema de Informação Sanitária”, e no sub-programa “Vigilância integrada das doenças com potencial epidémico e luta contra as doenças não transmissíveis” refere-se à realização do diagnóstico da situação do sistema de vigilância epidemiológica, à adopção de normas e instrumentos de vigilância epidemiológica para a realidade do País.

A recolha, tratamento e análise da informação estatística do sector da Saúde, designadamente a produção de estatísticas de morbilidade e sobre recursos de saúde, estado nutricional, oferta e prestação de cuidados de saúde é atribuída, na Lei das Bases Gerais do Sistema Estatístico Nacional, ao Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação do Ministério da Saúde na qualidade de órgão produtor de estatísticas sectoriais.

Na Reunião Alargada do Ministério da Saúde (MS) realizada em 2002 foi definida como medida de política a necessidade de harmonizar e fazer funcionar o sistema de informação sanitária, apresentando-se como recomendações : a definição de uma política padronizada de recolha, tratamento, análise e divulgação da informação; dotação das estruturas com instrumentos de gestão da informação sanitária, financeira e administrativa; e criação de uma base de dados comum a todas as estruturas.

O presente documento propõe as directrizes e estratégias para tornar o sistema de informação sanitária mais operacional e capaz de prestar informação fidedigna, actualizada e adequada à tomada de decisões e para a acção.

3. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A Lei de Bases da Saúde, reconhecendo a natureza multisectorial das questões relativas à saúde, define o Serviço Nacional de Saúde (SNS) como constituído por todas as

entidades públicas ou privadas que desenvolvem actividades de promoção, protecção, prevenção e tratamento na área da saúde.

Ao Estado compete assegurar a existência e o regular funcionamento do Sector Público de Saúde, definido como um conjunto articulado e desconcentrado de órgãos, serviços e estabelecimentos de saúde.

A desconcentração do SPS faz-se essencialmente através das Delegacias de Saúde cuja circunscrição territorial é coincidente com a divisão administrativa.

A última Lei Orgânica do MS abriu a possibilidade de criação de Regiões Sanitárias como entidades territoriais de administração de saúde englobando mais do que uma delegacia de saúde, estando em vias de instalação a Região Sanitária Santiago Norte.

A administração central, o Ministério da Saúde, integra como serviços centrais o Gabinete do Ministro, o Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (que tem no seu seio o Serviço de Informação e Estatística), a Inspeção Geral da Saúde, a Direcção Geral da Saúde (que compreende o Serviço de Vigilância Epidemiológica e os Programas de Saúde Pública), a Direcção Geral da Farmácia e a Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração.

O MS tem, ainda, como órgãos consultivos o Conselho do Ministério da Saúde, O Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos, e como órgãos de tutela os Hospitais Centrais, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário e a Escola de Profissionais de Saúde (por enquanto Escolas de Enfermagem).

A rede de estabelecimentos de saúde é constituída (2004) por dois Hospitais Centrais, três Hospitais Regionais, dezanove Centros de Saúde, vinte e dois Postos Sanitários, cento e três Unidades Sanitárias de Base, cinco Centros de Saúde Reprodutiva, dois Centros de Saúde Mental.

O sector privado de saúde teve o seu suporte legal com a publicação da Lei de Bases da Saúde 62/III/89. Desde essa altura, o sector privado desenvolveu-se, essencialmente na Praia e Mindelo. A nível nacional, contam-se cerca de 50 gabinetes de consultas médicas e de estomatologia, laboratórios de análises clínicas e gabinetes de fisioterapia. A quase totalidade dos profissionais no sector privado encontra-se em regime de acumulação com os serviços públicos.

4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Cabo Verde registou progressos importantes nos principais indicadores de saúde; além disso o País assumiu um compromisso para atingir os ODM, no quadro do primeiro relatório elaborado em 2004.

A taxa de mortalidade geral que em 1995 era de 9,1 por mil de 2000 a 2003 se situa à volta de 5,5 por mil. A mortalidade infantil em 1995 registava uma taxa de 45,1 por mil foi estimada em 2003 em 30 por mil.

A mortalidade em crianças menores de 5 anos também passou de um valor de 59,8 por mil em 1995 para 21,7 no ano 2003, embora com um pico de 55,5 por mil em 1997, devido à epidemia de sarampo.

A taxa de mortalidade materna apresenta oscilações importantes, devidas em parte aos pequenos números. De 55,4 por cem mil (em 1995) passou para 41,0 (em 1999), 76,1

(em 2000) e 30 por cem mil (em 2003). A necessidade de documentar melhor as causas de mortes maternas por mecanismos do tipo auditoria é ressentida.

Quando se analisam as causas de morte na população em geral, nota-se que no período 1991 a 1995 as causas de morte do grupo infecciosas e parasitárias situaram-se sempre num nível superior às demais causas explicitadas, mas de 1998 a 2002 há uma regressão (58,8 por cem mil para 40,4 por cem mil).

Em 2002 as doenças classificadas do aparelho circulatório, indiferenciadamente, registam uma mortalidade específica de 70,5 por cem mil e as cerebro-vasculares de 58,3 por cem mil, às quais se seguem os óbitos causados por traumatismos (44,8 por cem mil) e definem um panorama epidemiológico de transição entre uma estrutura epidemiológica característica de populações pobres e outra de sociedades mais desenvolvidas.

Nas crianças menores de um ano continua a desenhar-se uma diminuição dos óbitos por causas infecciosas e parasitárias. No período de 1992 a 1995 a taxa baixou de 22,1 para 11,8 por mil, continuando a sua queda até 4,1 por mil em 2002. Assim a primeira causa de morte infantil passa para a ser o grupo das afecções perinatais (8,4 por mil em 2002) que no entanto apresentam uma média de mortalidade inferior ao período antecedente.

As principais causas de mortalidade nas crianças de menos de cinco anos são as afecções peri-natais, as infecções/parasitoses, e as infecções respiratórias. Diversos factores estão identificados como determinantes desta situação, nomeadamente o acesso à água potável, a cobertura em saneamento básico, as condições precárias de habitação e a situação nutricional.

O estado nutricional das crianças com menos de 5 anos, em 2002, revelou uma nítida melhoria em comparação com 1994: o índice de insuficiência ponderal (malnutrição global) foi de 6% (em 1994, 14%). O atraso no crescimento (malnutrição crónica) atingiu 15%, o que representa um nível de prevalência relativamente baixo (limite 20%, segundo a OMS). A emaciação (emagrecimento agudo) apresentou uma subida: foi de 7%, sendo 4% moderada (1994: 1%) e 3% severa (1994: 5%). A prevalência de anemia é importante: estimada em 70% nas crianças com menos de cinco anos (1996).

A causa mais frequente de morbilidade notificada na população nos últimos cinco anos pertence ao grupo das infecções respiratórias agudas que atingem uma incidência na população menor de 5 anos de 3.393‰ e na população de 5 anos e mais de 784 casos novos por dez mil habitantes. A seguir aparecem as doenças diarreicas com valores de incidência em menores de 5 anos acima da taxa 2000‰ e depois o grupo das pneumonias.

No ano 2000 um surto de diarreias sanguinolentas alertou para a identificação das shigelloses, tendo sido notificados 10.026 casos, o que corresponde a uma incidência de 671.7‰. Em 2001 a incidência registado foi de 163.3‰.

Em termos de doenças reemergentes é de salientar os surtos de cólera que se registaram ainda em 1996 e 1998, da epidemia de sarampo em 1997 e 1998, a tosse convulsa com pequenos surtos em 1998 e 1999 e da poliomielite no ano 2000.

As infecções sexualmente transmissíveis têm tido uma alta incidência. Os casos novos de sida vêm aumentando de ano para ano, de 24 casos em 1995 (incidência de 0.6 por dez mil). para 84 em 2003 (uma incidência de 1.8 por dez mil).

A epidemia do VIH/SIDA em Cabo Verde é uma epidemia do tipo « com fraca prevalência ». A vigilância epidemiológica do VIH/SIDA está em curso desde 1986, data em que foi declarado o primeiro caso de VIH/SIDA. A vigilância sentinela do VIH/SIDA indica uma tendência para o aumento da prevalência, de 0,5% em 1989 para 0,89% em 2003. Com uma margem de erro de 5%, o Ministério da Saúde estima que a prevalência na população sexualmente activa se situaria entre 0,69% e 1,08%. Entre 1986 e 2003, foram detectados 1229 casos de seropositividade, em que 55% (675) desenvolveram a SIDA e entre esses 50,6% (342) morreram de SIDA. Cerca de 44% dos seropositivos são mulheres, e esta percentagem tem tendência a aumentar.

O controlo do paludismo e da tuberculose levanta desafios importantes relativamente ao alcance dos OMD. O paludismo é uma doença de fraca endemicidade, instável e ligada à vulnerabilidade do País (essencialmente na ilha de Santiago). Depois de período menor em 1997 e 1998 conhece uma recrudescência chegando em 2000 a 128 casos (3,0 casos por 10.000 habitantes) e em 2003 situa-se em 48 casos (incidência de 1 por dez mil). A tuberculose é um problema de saúde pública, com um risco de infecção de 1,5% (cerca de 670 doentes por ano). A recrudescência da doença a nível mundial (na ocorrência da epidemia do VIH/SIDA), a fragilidade das condições socioeconómicas, a capacidade de resposta dos serviços de saúde, constituem os principais constrangimentos ao combate da tuberculose no País. A tuberculose nos últimos dez anos pouco tem variado sua incidência situando-se na faixa entre 4,1 e 6,8 por dez mil.

5. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO SIS

5.1 Enquadramento Legal

A Constituição da República no Artigo 47º, sobre a Liberdade de expressão e informação, reconhece que “Todos têm a liberdade de informar e de serem informados, procurando, recebendo e divulgando informações e ideias, sob qualquer forma, sem limitações, discriminações ou impedimentos”.

No Artigo 44.º sobre a Utilização dos meios informáticos e protecção de dados pessoais, determina que “a lei regula a protecção de dados pessoais constantes dos registos informáticos, as condições de acesso aos bancos de dados, de constituição e de utilização por autoridades públicas e entidades privadas de tais bancos ou de suportes informáticos dos mesmos”. Ainda refere que “os dados pessoais constantes de ficheiros manuais gozam de protecção idêntica”.

A Lei das Bases Gerais do Sistema Estatístico Nacional (Lei n.º 15/V/96 revista pela Lei n.º 93/V/99), no Artigo 4.º afirma que “o exercício das funções de recolha, tratamento e difusão de dados estatísticos oficiais, cabe ao INE e aos órgãos produtores de estatística sectoriais” e atribui a qualidade de órgão produtor de estatísticas sectoriais ao “Serviço central de estudos e planeamento do departamento ministerial da saúde”.

A orientação e coordenação do Sistema Estatístico Nacional é feita pelo Conselho Nacional de Estatística de cuja composição faz parte um representante do sector da Saúde.

A Portaria n.º 67/99 no seu Artigo 1.º regulamenta:

Ao Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde incumbe a recolha, tratamento e análise da informação estatística do respectivo sector e designadamente:

- a) Produção de estatísticas de Morbilidade;
- b) Produção de Estatísticas sobre Recursos de Saúde;
- c) Produção de Estatísticas sobre o Estado Nutricional;
- d) Produção de Estatísticas sobre a Oferta e Prestação de Cuidados de Saúde;
- e) Realização e actualização da Carta Sanitária;
- f) Projectção da procura dos serviços de saúde.

A nova Lei de Bases da Saúde aprovada em 2004 (Lei n.º 41/VI/2004) apresenta o Artigo 32º intitulado Sistema Nacional de Informação Sanitária, com dois pontos:

1. Compete ao departamento governamental responsável pela área da Saúde, a organização de um sistema nacional de informação sanitária, englobando todos os níveis de funcionamento do Serviço Público de Saúde e abrangendo questões epidemiológicas, de prestação de serviços e de gestão financeira.

2. O sistema nacional de informação sanitária integra o Sistema Nacional de Estatística, nos termos da lei.

O Artigo 20º (ponto 4.) da mesma Lei atribui aos profissionais e estabelecimentos do sector privado o dever de colaborar com as autoridades sanitárias em tudo o que disser respeito ao fornecimento de dados para a informação sanitária e para a vigilância epidemiológica.

A lei orgânica do Ministério da Saúde (Dec.- Lei n.º 25/2003) define o Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação como um serviço central responsável pela orientação e execução dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, e que tem

entre suas atribuições “Coordenar e divulgar, em articulação com o Instituto Nacional de Estatística, a informação relativa ao sector da saúde”.

Não existe nenhuma regulamentação sobre a matéria para além de normas contidas na legislação colonial e, por isso, inadequadas ao actual nível de desenvolvimento do sector.

5.2 Componentes do SNIS e seu Funcionamento

“Um sistema nacional de informação sanitária é constituído por vários subsistemas. Estes subsistemas efectuem notificações periódicas sobre as doenças e outras afecções; registam nascimentos e óbitos e apoiam a gestão.

Os subsistemas de gestão trabalham com os recursos humanos, finanças, medicamentos essenciais, bens de saúde pública, transporte e logística, infra-estruturas e documentação.

Quando as notificações são fracas, são completadas por um subsistema especial de notificação para a vigilância das doenças, por programas e pesquisas”.

Desde 1999 diversas avaliações têm vindo a ser realizadas no quadro do SNIS sem que se tenha constatado grandes avanços no desempenho global do sistema. A manutenção de uma estrutura incipiente para a coordenação do SNIS explica em parte este insucesso.

Reconhece-se através de vários documentos existentes, que as linhas do sistema de informação sanitária foram já traçadas, existindo subsistemas que funcionam de forma regular e razoavelmente satisfatória.

As linhas de transmissão de dados dirigem-se, normalmente, dos serviços desconcentrados (Unidades Sanitárias de Base, Postos Sanitários, Centros de Saúde e Hospitais) às Delegacias de Saúde e destas aos Programas de Saúde Pública, em especial, Saúde Reprodutiva, Luta contra a Tuberculose e Lepra, Luta contra Sida e ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direcção Geral da Saúde, e ao Serviço de Estatística do Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (GEPC).

Esboça-se a integração das informações respeitantes a alguns programas de saúde pública no Serviço de Vigilância Epidemiológica.

O sub-sistema de **Vigilância Epidemiológica**, incorporado no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direcção Geral da Saúde, foi actualmente reconvertida pela estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica recebe das delegacias de saúde:

- boletim epidemiológico semanal (formulário de notificação semanal de casos e óbitos de afecções e doenças prioritárias);
- formulário de notificação mensal de IST/SIDA;
- formulário de notificação mensal de Paralisia Flácida Aguda;
- formulários de notificação imediata

Apresenta como pontos positivos a existência de definição de casos para as doenças prioritárias em todas as delegacias de saúde, dados notificados compatíveis com os dados em registo e uma alta taxa de notificação. No entanto a taxa de notificação em tempo útil é ainda fraca. A análise dos dados a nível local é baixa.

A retroinformação a partir do nível central é boa mas a nível das delegacias de saúde é fraca. Apenas 40% das delegacias de saúde têm técnicos de higiene e epidemiologia ou técnicos de estatística.

A notificação de casos de **SIDA** respeita o circuito definido para a notificação das doenças transmissíveis, em geral, conforme diagrama sobre o fluxo de informação inserido no Guia Técnico Nacional de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta.

Semestralmente, o Serviço de Vigilância Epidemiológica compila a informação recebida das delegacias de saúde, dos laboratórios VIH e dos centros de aconselhamento e despistagem anónima e partilha a informação, provisória, com o PNLS, CCS-SIDA, a ONUSIDA, o CNDS, entre outros.

Para a notificação das IST foi desenvolvida uma ficha de notificação que faz parte do documento recentemente adoptado, designado “Guião de abordagem sindrómica das infecções sexualmente transmissíveis”.

O **Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNLT)** recebe das delegacias de saúde:

- ficha de notificação de casos trimestral;
- ficha de controlo de tratamento;
- requisição de medicamentos trimestral;
- registo de laboratório

A informação do PNLT segue, teoricamente, os procedimentos recomendados pela OMS.

Porém, os formulários têm algumas falhas. A recolha de dados foi irregular nos últimos anos. Como pontos fortes há a assinalar a existência de um ponto focal TB em todas as delegacias de saúde e que os registo e outros apoios de informação do programa estão disponíveis.

O **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**, da DGS, recebe das delegacias de saúde o “relatório mensal de actividades de saúde materno-infantil e consultas externas” com dados das seguintes actividades:

- consultas (pré-natal, pós-parto, infantil e de planeamento familiar);
- partos
- vacinação
- crianças e grávidas doentes
- consumo de medicamentos
- actividades dos serviços de recuperação nutricional
- actividades de educação para a saúde
- cálculo de indicadores

O sub-sistema da Saúde Reprodutiva orienta-se por um Manual de Recolha e Utilização de Dados. O seguimento das actividades faz-se principalmente através de relatórios mensais e é caracterizado pelo contraste entre a existência de dados de base de qualidade aceitável e a falta de exploração eficiente desses dados. As informações geradas pelo sistema são utilizadas essencialmente para alimentar o relatório anual.

Geralmente, não há agregação dos dados enviados pelas estruturas de saúde a nível das delegacias de saúde.

A realização de inquéritos de cobertura vacinal permite seguir o alcance dos objectivos do programa.

Nos **Hospitais Centrais** os dados são elaborados, em princípio pelo “sector de estatística” mensalmente e enviados à Administração do hospital.

Os dados da vigilância epidemiológica são enviados para a delegacia de saúde de referência.

Cada um dos Hospitais Centrais elabora um Anuário de Estatística próprio, por vezes designado também Relatório Anual de Actividades que é enviado ao Gabinete do Ministro da Saúde e eventualmente às direcções dos serviços centrais.

Na presente conjuntura, o Hospital Dr. Baptista de Sousa não dispõe de técnico de estatística, estando o trabalho de recolha e compilação de dados atribuído a um administrativo.

É de realçar que o Hospital Dr. Agostinho Neto está a desenvolver, com a colaboração do NOSI, um projecto de informatização de um sistema de gestão hospitalar.

Apesar das suas atribuições de órgão produtor de estatística abarcarem múltiplos domínios, o **Serviço de Informação e Estatística do GEPC** recebe directamente, apenas, dados sobre a natalidade, sobre a mortalidade, sobre a morbilidade e um resumo de dados sobre actividades de serviço.

O Serviço de Estatística do GEPC recebe das delegacias de saúde:

- dados de mortalidade enviados sob forma de verbete de certificação ou de verificação de óbito (consoante assinado por médico assistente ou não);
- mapas de nosologia mensais (classificados como externa ou em internamento);
- guias de nascimento;
- relatório mensal de funcionamento – sucinto.

A recolha de dados sobre a **natalidade** é, à partida, limitada pelo número importante de nascimentos que ocorrem fora das estruturas de saúde. Constata-se um atraso considerável no envio dos verbetes pelas estruturas periféricas, sendo a qualidade de preenchimento ainda inferior ao desejável. A nível central os dados registados não têm sido tratados a não ser em termos de número de nascimentos por concelho.

Os formulários de **nosologia**, de acordo com os procedimentos instituídos, devem ser enviados mensalmente ao SIE/GEPC. Contudo o envio além de muito irregular é manifestamente insuficiente para a elaboração duma informação fiável.

A informação sobre a incidência e prevalência de afecções e doenças está restringida, nos últimos anos, aos dados obtidos pelo sistema de vigilância das doenças de declaração obrigatória, na quase totalidade relacionadas com as doenças transmissíveis (exceptuam-se as afecções relacionadas com as carências nutricionais: pelagra e malnutrição calórico-proteica).

Quanto à **mortalidade**, o SIE/GEPC recebe com regularidade aceitável os verbetes de óbitos de todas as Delegacias de Saúde. Embora seja ainda deficiente a qualidade de preenchimento dos mesmos, eles permitem fazer o tratamento dos dados no EpiInfo e elaborar um relatório anual com indicadores referentes a grupos etários e sexo e à distribuição geográfica.

Uma vez que os verbetes de óbito são também enviados ao Instituto Nacional de Estatística (INE) através dos Serviços de Registo Civil, o SIE/GEPC procura fazer em cada ano a conferência de verbetes de óbitos.

As informações sobre os **recursos humanos** encontram-se centralizadas na Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração onde foi criado um banco de dados ainda

não completamente operacional. Circunstancialmente são elaborados quadros de distribuição do pessoal por estruturas.

As informações sobre o **financiamento da saúde** podem ser encontradas, também, na DGRHA através do Orçamento do Estado, sendo a parte referente aos investimentos da alçada do GEPC. Não há um balanço da execução dos orçamentos nem uma distribuição das despesas por estruturas ou programas ou outro indicadores.

A gestão dos **medicamentos** compete à Direcção Geral de Farmácia que anualmente elabora quadros de despesas de consumo de medicamentos por concelhos, ilhas, hospitais e delegacias de saúde.

Os relatórios anuais da DGF não apresentam informação sobre os recursos humanos no sector nem sobre a organização do sector (número de estabelecimentos e sua distribuição, número de medicamentos e sua utilização, valor total da importação e da produção etc.).

Relatórios Anuais de Actividades são enviados pelas Delegacias de Saúde e Programas de Saúde Pública à Direcção Geral da Saúde e pelas Direcções dos Serviços Centrais ao Gabinete do Ministro.

O GEPC elabora o Relatório Anual do Ministério da Saúde.

Por falta de coordenação sistemática não há padronização dos relatórios, pelo que muitas vezes faltam informações consideradas necessárias à definição clara e completa da situação existente e ao processo de gestão.

A Retroinformação não está sistematizada.

Finalmente, constata-se que é insuficiente a comunicação que hoje existe entre os vários produtores e utilizadores do sistema e o processo de coordenação que outrora se quis implementar extinguiu-se.

5.3 Recursos do Sistema

Pessoal com formação específica em estatística (técnicos de estatística ou técnicos de higiene e epidemiologia) apenas encontramos em 5 das 17 delegacias de saúde, no Hospital Dr. Agostinho Neto, no Centro de Saúde Reprodutiva da Praia (1), no Serviço de Vigilância Epidemiológica (2) no Serviço de Estatística do GEPC (2).

Em 12 das 17 delegacias de saúde são médicos, enfermeiros ou técnicos administrativos quem se ocupa da gestão dos dados.

O Hospital Dr. Baptista de Sousa não possui essas categorias profissionais.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é dirigido por uma médica epidemiologista.

O Serviço de Informação e Estatística (SIE/GEPC) definido como serviço central responsável pela orientação e execução dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, que tem entre suas atribuições a de coordenar e divulgar a informação relativa ao sector da saúde, não tem alocado nenhum técnico de nível superior.

Todas as delegacias de saúde estão dotadas de telefone e equipamento informático, mas poucas o utilizam para a gestão de dados e em 2 delas afirmam não ter quem conheça qualquer programa informático. A Internet é também pouco utilizada (4 delegacias de saúde

não utilizam *e-mail*, porque não funciona, e em outras depende da presença de uma só pessoa).

6. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

- Insuficiência real da coordenação do conjunto de sub-sistemas a nível central na organização do fluxo da informação, na análise, na retroinformação e na disseminação da informação;
- Carência de recursos humanos responsáveis pelo SNIS e existência de circuitos paralelos do fluxo da informação resultantes da relativa autonomia dos programas e das direcções centrais em relação ao GEPC legalmente encarregado de coordenar as estatísticas sanitárias. O SIE/GEPC não dispõe de um técnico superior de estatística nem de epidemiologia.
- Existência de pontos focais diferentes para os subsistemas e indefinição de pessoal específico para a gestão dos dados;
- O sistema de informação hospitalar não parece ligado ao SNIS;
- Técnicos que participam dos diferentes níveis do sistema com conhecimentos limitados de estatística, epidemiologia e informática;
- Fraca percepção da composição e da utilidade dos dados do SNIS pelos agentes das formações sanitárias e das delegacias de saúde;
- Insuficiência da integridade dos dados a nível das formações hospitalares, devido à fraca participação dos agentes a nível dos serviços, especialmente nas urgências, e da capacidade de exploração dos dados muito limitadas;
- Fraqueza (ausência) da análise dos dados especialmente a nível das delegacias de saúde. Existem dados não globalmente analisados ou por vezes não explorados como sejam as relativas aos nascimentos, por falta de agentes qualificados para esse exercício ou por falta de tempo para o fazer;
- Fraca validade dos dados sobre a mortalidade e morbilidade em razão das limitações de nível técnico e das mortes no domicílio;
- Escassez de informações sobre a gestão de recursos humanos;
- Escassez de informações sobre o financiamento da saúde e execução Orçamento do Estado;
- Escassez da informação sobre o estado nutricional;
- Ausência de indicadores nacionais de saúde essenciais, de mecanismos de harmonização e meios limitados de controlo da qualidade dos dados e da base de dados do SNIS;
- Inexistência de produtos de síntese integrados, padronizados e institucionalizados sobre os principais indicadores dos sub-sistemas a nível das delegacias de saúde e a nível central;
- Inexistência de retro-informação em tempo útil para todos os níveis da pirâmide sanitária;
- Ausência de supervisão para assegurar o enquadramento técnico do pessoal de base muitas vezes por falta de tempo;
- Ausência de mecanismos de colaboração entre o SNIS e o INE na recolha e análise dos dados comuns.

7. POLÍTICA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA

7.1 Finalidade

A importância do SNIS como elemento fundamental do Sistema Nacional de Saúde é inquestionável e é assim que o Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005 inscreveu a sua reestruturação como um dos seus objectivos.

A análise de situação do SNIS mostra que se está, de momento, perante um conjunto de sub-sistemas pouco eficientes em todos os níveis da pirâmide sanitária, evidenciando uma fraca articulação entre si e um funcionamento, predominantemente, passivo. Os seus produtos são insuficientes para responder às disposições do sistema nacional de planeamento e à crescente demanda de gestores e outros interessados no processo da saúde.

Existe necessidade em avançar no caminho da integração entre os sistemas de informação e no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde.

Tendo em conta os compromissos assumidos no âmbito da Luta contra a Pobreza, no seguimento da realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, é cada vez maior a importância do SNIS na avaliação da situação de saúde e na orientação da política e das estratégias sectoriais.

A informação fíavel e íntegra é reconhecida como componente essencial para se alcançar a equidade, a qualidade e humanização dos serviços de saúde e para fortalecer o controle social.

A finalidade desta política é recriar uma estrutura globalmente aceite para a gestão da informação em saúde. A intenção é desbloquear o potencial do pessoal envolvido no processamento da informação e normalizar e fixar regras de funcionamento do SNIS.

Dado que a reestruturação do SNIS constitui um empreendimento de monta que tem que considerar uma variedade larga de assuntos que têm impacto na informação de saúde, e exige uma apreciável mobilização de recursos, seria ingénuo assumir que se possa desenvolver uma política inclusiva numa só abordagem. Por isto será adoptada uma abordagem progressiva conforme o conteúdo e nível de diferenciação.

7.2 Princípios Orientadores

O Ministério da Saúde subscreveu as resoluções da Região Africana da Organização Mundial de Saúde que tiveram como objectivo reforçar os sistemas nacionais de informação sanitária e onde se propõem os seguintes princípios orientadores:

- a) *Exactidão*: para efeitos comparativos, os dados devem ser exactos e normalizados.
- b) *Actualidade*: os dados de saúde devem ser criados, apresentados, processados e utilizados num período de tempo aceitável.
- c) *Abrangência*: os indicadores essenciais da saúde devem incluir os aspectos chaves do sistema de saúde.
- d) *Representatividade*: as estatísticas apresentadas devem ser representativas da situação individual dos países e devem ser o mais completas possível.
- e) *Relevância*: a informação recolhida deve reflectir as necessidades do país.

f) *Complementaridade*: as informações recolhidas por diferentes subsistemas, devem ser complementares.

g) *Apropriação*: deve incentivar-se a apropriação, entre todos os potenciais utilizadores da informação.

7.3 Medidas

No quadro da reestruturação global do SNIS o Ministério da Saúde propõe-se implementar as seguintes medidas:

Definir uma arquitectura clara do conjunto do sistema, precisando todos os sub-sistemas necessários para a produção dos principais dados relativos aos indicadores retidos pelo plano de desenvolvimento do sector da saúde.

Para sua concretização e articulação será criada, a nível central, uma Comissão de Coordenação do SNIS;

Definir mecanismos de coordenação e de retroinformação, e o reforço da supervisão em todos os níveis do sistema;

Fazer um levantamento de necessidades dos sub-sistemas e das delegacias de saúde, tendo em conta a dotação dos recursos e o desenvolvimento de habilidades para a recolha e análise de dados, estudos e produção de relatórios;

Reforçar a colaboração entre o INE e o SNIS pela criação do subsistema de modelização e de estimativa. A comissão de coordenação referida acima deveria incluir no seu seio um representante do INE (Direcção de Estatísticas Demográficas e Sociais);

Rever e se necessário a conceber novos instrumentos para a recolha dos dados e apresentação dos relatórios em função dos indicadores retidos pelo plano de desenvolvimento do sector;

Identificar os indicadores essenciais a todos os níveis do sistema de saúde, que permitam apoiar o planeamento, a monitorização e avaliação dos programas e serviços de saúde e definir as normas de qualidade dos dados tendo em conta a especificidade dos programas;

Promover a extensão progressiva das tecnologias de informação e comunicação e a capacitação de todos os utilizadores. Apoiar o desenvolvimento da base de dados integrada do SIS;

Colaborar na melhoria da notificação do sistema de Registo Civil;

Definir mecanismos de partilha de dados e dinamizar ligações com outras fontes de informação;

Definir os mecanismos de seguimento e avaliação do SNIS;

Mobilizar e sensibilizar os parceiros para o financiamento das actividades do SNIS.

7.4 Objectivos Gerais da Política de Informação Sanitária

- Dispor de uma informação que permita monitorizar o estado de saúde da população e o desempenho do Serviço Nacional de Saúde;
- Apoiar as tomadas de decisão estratégicas, o planeamento e a gestão de programas, e avaliar os progressos realizados para atingir os objectivos fixados.
- Tornar a informação sanitária acessível a todos os interessados na questão da saúde e desenvolvimento.

7.5 Objectivos específicos

- Assegurar a coerente integração dos sub-sistemas de informação de saúde existentes e dinamizar as ligações com outras fontes de informação;
- Possibilitar a análise da situação de saúde a nível nacional e local, levando em consideração as condições de vida da população no processo saúde doença;
- Estabelecer indicadores que permitam apoiar o planeamento, a monitorização e avaliação dos programas de saúde e implementar novas estratégias;
- Manter uma vigilância epidemiológica acrescida e regular;
- Proceder a estudos e pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a colecta universal e contínua de dados;
- Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde.

7.6 Estratégias de Intervenção

7.6.1 Reforço da estrutura de gestão do SNIS

A gestão e o funcionamento do SNIS deve ser responsabilidade de uma equipa multidisciplinar com competências nas áreas de planeamento de saúde pública, gestão, estatística, epidemiologia e informática.

Será criada, a nível central, uma Comissão de Coordenação do SNIS constituída por elementos responsáveis pelos vários sub-sistemas com a função de satisfazer as necessidades estratégicas de normalização, integração e regulação do sistema de informação e ainda o seguimento e revisão periódica do sistema.

A Comissão será presidida pela direcção do Serviço central de estudos e planeamento da saúde, devendo ainda ser integrado por responsáveis dos programas de saúde pública e dos serviços centrais responsáveis pelo orçamento, pela gestão de recursos humanos e pela gestão farmacêutica e um elemento do INE (Direcção das Estatísticas demográficas e sociais).

Essa Comissão terá por atribuição elaborar o seu regulamento interno, a regulamentação do sistema, o plano de desenvolvimento do SNIS, o manual de indicadores de saúde essenciais, aprovar os instrumentos e suportes estatísticos utilizados e fazer a avaliação

permanente do funcionamento dos subsistemas e do desempenho e capacidades das estruturas desconcentradas.

O GEPC, enquanto órgão produtor de estatísticas do sector e coordenador do SNIS, será reforçado com pessoal técnico (epidemiologista/estatístico de nível superior, informático e economista de saúde), recurso financeiros e condições tecnológicas;

O SNIS reconhece, em princípio, os seguintes subsistemas: o Serviço de Informação e Estatística do GEPC, o Serviço de Vigilância Epidemiológica da DGS, a Área de Estatísticas do Programa de Saúde Reprodutiva da DGS e os sectores de estatística dos Hospitais Centrais.

Cada subsistema deve empreender acções específicas, incluindo a recolha, tratamento, análise, apresentação, interpretação, utilização e retro-informação dos dados

Ao Serviço de Estatística do GEPC incumbe proceder à recolha, tratamento e publicação das estatísticas sectoriais e assegurar as necessárias ligações com o Sistema Nacional de Estatística.

Deve promover a coordenação e adequação dos sub-sistemas de informação.

Designadamente, deve processar ou colaborar no processamento da informação relativa ao Estado de Saúde da População, Recursos de Saúde e Oferta e Prestação de Cuidados de Saúde.

Ao Serviço de Vigilância Epidemiológica incumbe o processamento da informação estatística necessária à vigilância epidemiológica, ao conhecimento das condições epidemiológicas e de controlo das doenças e elaborar boletins epidemiológicos periódicos, em articulação com os responsáveis pelos programas de saúde pública.

Ainda deve desenvolver outras actividades de pesquisa e investigação em saúde.

À Área de Estatísticas do Programa de Saúde Reprodutiva incumbe o processamento da informação estatística necessária à gestão e avaliação do Programa, designadamente, indicadores de prestação de cuidados de saúde à população alvo do programa.

Deve também proceder a estudos e inquéritos para a avaliação estratégica do Programa.

Aos sectores de estatística dos Hospitais Centrais incumbe proceder à recolha, tratamento e publicação das estatísticas hospitalares.

A nível de cada delegacia de saúde, será formada uma equipa de gestão da informação sanitária sob a direcção directa do delegado de saúde e um ou mais técnicos com formação básica estatística e/ou epidemiológica, devendo ser designados pontos focais para os subsistemas.

Deve ser feito o levantamento das necessidades nas estruturas desconcentradas.

7.6.2 Reforço do nível de desempenho do sistema

É necessário reforçar as competências dos elementos responsáveis pela recolha, tratamento, análise e apresentação dos dados. Para assegurar a qualidade dos dados recolhidos e da informação produzida devem ser programadas acções de formação e capacitação nas disciplinas de estatística, epidemiologia e informática e implementado um plano de supervisão regular.

A utilização correcta da Classificação Internacional das Doenças (10ª Rev.) será ponto privilegiado na capacitação do pessoal nos vários níveis.

Serão estabelecidos, através de uma definição normativa, procedimentos para a produção, a utilização e a transmissão de dados nos diferentes níveis do sistema.

Devem ser desenvolvidos ou revistos os métodos e instrumentos de recolha de dados, dos procedimentos de transmissão e de processamento, e dos mecanismos apropriados de retroinformação.

Os produtos finais de serão estabelecidos tendo em atenção a análise e utilização dos dados a nível local.

Como forma de dinamização e melhoria de qualidade do funcionamento do sistema far-se-á a implementação progressiva das novas tecnologias de informação e comunicação, sem descurar o processamento manual dos dados.

7.6.3 Definição de um quadro de informações adaptado a cada nível Seleção de indicadores sanitários essenciais

Os indicadores de saúde, se forem gerados de forma regular e manejados num sistema dinâmico, constituem instrumento fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Constitui, assim, contributo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população.

Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objectivos e metas em saúde, estimular a capacidade analítica das equipas de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde interligados.

Neste contexto, será objectivo do SIS estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores, consistentes, actualizados, abrangentes e de amplo acesso.

7.6.4 Utilização da informação

O SIS constitui-se um instrumento na formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, com vista a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

A informação é necessária para que o planeamento, as decisões e acções dos gestores não sejam baseados em dados subjectivos, em conhecimentos ultrapassados ou em preconceitos.

Um dos objectivos básicos do SIS é a utilização da informação para a análise da situação de saúde a nível local.

A informação deve ser vista, também, como um importante instrumento de participação da comunidade, uma vez que possibilita à comunidade o acompanhamento e a avaliação das actividades dos serviços de saúde, a análise das prioridades políticas e o acompanhamento da aplicação dos recursos públicos.

Cada sub-sistema é responsável pela preparação de um relatório anual e uma proposta de plano de acção para seu desenvolvimento.

O SNIS compromete-se a produzir e a divulgar relatórios analíticos periódicos que satisfaçam as necessidades de diversos utilizadores.

7.6.5 Integração no Planeamento

A implementação do SNIS deve ser inserida no quadro geral do desenvolvimento socio-económico do País.

O SNIS é parte do Sistema Estatístico Nacional e deve articular-se com o Instituto Nacional de Estatística na produção e divulgação da informação relativa ao sector da saúde e com a Direcção Geral do Planeamento quanto às necessidades de informação para o seguimento e avaliação do PND e no cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Devem ser estabelecidos mecanismos para a partilha de informação com outros sectores da administração pública, quer a nível periférico quer a nível central.

A informação sanitária resultante da actividade do sector privado da saúde deve também ser objecto de recolha e análise e integrada no processo de planeamento.

7.6.6 Implementação da Política de Informação Sanitária

A operacionalização do SNIS demanda o reforço do sistema em meios humanos e financeiros, a definição de responsabilidades a todos os níveis e a normalização dos procedimentos.

Também deve ser fomentada a coordenação a todos os níveis e a retroinformação entre todos os intervenientes.

Deve ser desenvolvido um plano estratégico para orientar o conjunto de esforços e investimentos do sistema de informação em saúde.

Promover-se-á a discussão da política de informação sanitária em todos os níveis.

Anualmente será revisto o plano pluri-anual de desenvolvimento do SNIS, tendo em conta a avaliação de cada componente..

REFERÊNCIAS

Análise da Situação do Sistema de Informação Sanitária, GEPC/MS, 2005

Intervenções prioritárias para o reforço dos sistemas nacionais de informação sanitária, doc. AFR/RC54/12 Rev.1, OMS/AFRO, 2004

Evaluation du système d'information sanitaire (SIS) Rapport Provisoire, v. 28/12/1999 – Hadji Malick Diamé, Consultant OMS

Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações, RIPSА-OPAS/OMS, Brasília, 2002

Relatório da Reunião Alargada do Ministério da Saúde, Janeiro de 2002

Lei Constitucional n.º 1/V/99 de 23 de Novembro

Boletim Oficial n.º 8 de 22/03/99 - Lei das Bases Gerais do Sistema Estatístico

Boletim Oficial n.º 10 de 05/04/04) - Lei das Bases do Serviço Nacional de Saúde.

Boletim Oficial n.º 47 de 30/12/99 – Portaria n.º 67/99 - competências do GEPC como órgão produtor de estatísticas

Boletim Oficial n.º 27 de 25/08/03 – Orgânica do Ministério da Saúde

Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005

A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2003

Apoio à Revisão do Sistema de Informação Sanitária de Cabo Verde, Relatório de missão do Consultor da OMS/AFRO Dr. E. Soumbey-Alley, Maio 2004.

Proposta de Fluxo de Informação SNIS Cabo Verde



