

Análise

- Situação da mortalidade por câncer de colo uterino e de mama feminina no município de São Paulo em anos recentes
- Avaliação da implantação do SISPRENATAL nos serviços municipais de saúde de São Paulo

© 2006, Prefeitura do Município de São Paulo

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

A versão eletrônica encontra-se disponível na Internet:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude_publicacoes

Elaboração, informação e distribuição:

Prefeitura do Município de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde

Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo

Ficha Catalográfica

São Paulo (cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo
Boletim CEInfo - Análise. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 20p.

1. Mortalidade por câncer de mama. 2. Mortalidade por câncer de colo de útero.
3. SISPRENATAL. I. Título.

Sumário

- 03 Apresentação
- 04 Situação da mortalidade por câncer de colo uterino e de mama feminina no município de São Paulo e anos recentes
- 12 Avaliação da implantação do SISPRENATAL nos serviços municipais de saúde de São Paulo
- 19 Venha participar do Boletim CEInfo - Análise

Apresentação

Na articulação epidemiologia-informação nos serviços de saúde observa-se com frequência o entendimento que epidemiologia é vigilância e controle de doenças de notificação compulsória e informação é tecnologia de informática. Uma das principais conseqüências dessa percepção é a carência da análise de dados e produção do conhecimento para subsidiar a condução das ações nos serviços de saúde e sua avaliação. A epidemiologia utiliza conceitos e metodologias para produzir conhecimento sobre o processo saúde-doença no coletivo, que articulado a outros conhecimentos como a clínica, a gestão e a vigilância, orienta práticas de planejamento, gestão e intervenção assistencial e preventiva voltadas para a produção de saúde. Dessa forma, em coerência com a sua missão de subsidiar os processos de planejamento, gerência e gestão de políticas públicas por meio do uso do conhecimento epidemiológico e da análise de dados, a CEInfo tem pautado a sua ação buscando articular informação e epidemiologia de forma a ampliar o uso da epidemiologia e da análise de dados na SMS nos seus diversos níveis e setores. O escopo dessas análises vai desde a avaliação da qualidade da informação primária produzida fornecendo subsídios para o seu gerenciamento, até a produção de análises objetivando o preenchimento das lacunas de conhecimento para a tomada de decisão pela gestão nos seus diversos níveis, buscando uma ação planejada.

Nessa perspectiva é lançado o primeiro Boletim CEInfo - Análise, como forma de ampliar a divulgação da produção em análise da SMS. Cada número do boletim irá tratar de algum tema de relevância para a gestão municipal. Muitos destes temas serão gerados a partir dos sinais de atenção e alerta sobre o andamento das ações da SMS no atendimento de suas prioridades, detectados no Painel de Monitoramento, instrumento de avaliação da gestão.

Nesse primeiro número é apresentado estudo sobre mortalidade por câncer de mama e colo uterino, duas causas de mortes que o Painel mostrou aumento em 2005 na cidade de São Paulo. Dada a importância do programa da Rede de Proteção à Mãe Paulistana para a gestão, outro tema escolhido para este Boletim foi uma avaliação da situação de cobertura e qualidade do SISPRENATAL, tendo em vista seu aprimoramento e uso efetivo.

Outras análises serão produzidas, sempre buscando acompanhar sinais emitidos pelo Painel, aprofundar conhecimento sobre problemas detectados e responder às perguntas essenciais para a tomada de decisão pelos gestores da SMS nos suas diversas esferas. Neste sentido o Boletim CEInfo - Análise abre espaço para produções em parcerias com setores da SMS. O Boletim tem ainda como objetivo que os níveis descentralizados publiquem suas experiências de análise para gestão para que este seja também um veículo que amplie as oportunidades de trocas, aprimorando as ações nos diversos níveis de gestão da SMS e contribua para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde.

Enfim, é com grande satisfação que apresentamos o Boletim CEInfo - Análise Nº 1 e que ele tenha vida longa e contribua para a construção do SUS na cidade de São Paulo.

Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo

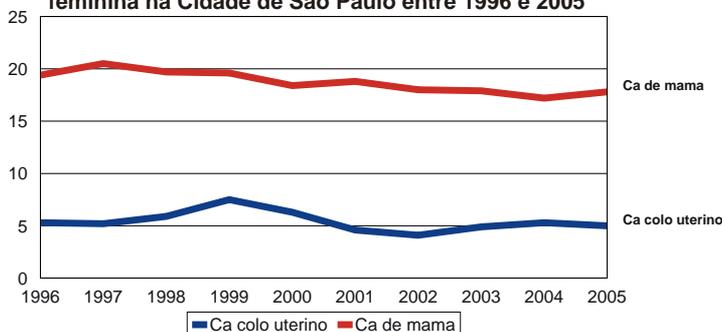
Situação da mortalidade por câncer de colo uterino e de mama feminina no município de São Paulo em anos recentes

O Painel de Monitoramento é um instrumento de gestão da SMS-São Paulo que acompanha mensal e trimestralmente indicadores que tratam das prioridades da gestão municipal de saúde emitindo sinais de atenção e alerta sobre tendências indesejáveis nos processos e resultados da atuação da SMS sobre problemas. No ano de 2005 o Painel mostrou um aumento do número absoluto de mortes por Ca de colo uterino e mama em relação ao ano anterior. A tendência crescente no número de mortes por Ca de mama feminina tem sido observada desde 1999, sendo que o ano de 2005 apresentou o maior número de mortes por esta causa desde 1979 na cidade. O Ca de colo uterino apresentou, em 2005, aumento de 24,5% no número de mortes em relação a 2004, interrompendo quedas sucessivas observadas nos quatro anos anteriores. Apenas os anos de 2000 e 2001 apresentaram número maior de mortes por estas causas no período de 1979 a 2005. Diante dos sinais emitidos pelo Painel foi realizada análise mais aprofundada do problema.

A análise foi realizada inicialmente por meio da tendência dos coeficientes padronizados por idade, pois as mudanças na estrutura etária da população entre os anos analisados poderiam distorcer os resultados ao mostrar coeficientes mais altos onde concentram mortes de mulheres com idade mais avançada mesmo quando os coeficientes específicos são menores. Na cidade de São Paulo tem sido observado crescimento no número de mulheres em todas faixas etárias a partir dos 30 anos em período recente. A proporção de mulheres entre 30 e 59 anos passou de 37,1% (1996) a 40,7% (2005) e o grupo com 60 anos e mais passou de 9,9% para 11,5%.

O Gráfico 1 apresenta os coeficientes de mortalidade padronizados por faixa etária para os cânceres de colo uterino e mama entre 1996 e 2005. Observa-se que o valor mais alto do coeficiente por Ca de colo uterino ocorreu no ano de 1999, seguindo-se o ano de 2000. O valor de 2005 mostra pequena queda em relação ao ano anterior, porém em nível maior que a dos primeiros anos da década. O Ca de mama mostra que o valor mais alto do coeficiente ocorreu no ano de 1997 apresentando queda nos anos posteriores, com elevação em 2005. Contudo, a tendência dos riscos de morte por estes cânceres, no período analisado, foi de queda.

Gráfico 1: Coeficientes de mortalidade (por 100.000 mulheres) padronizados por idade por câncer de colo uterino e mama feminina na Cidade de São Paulo entre 1996 e 2005



Fonte: Fundação SEADE

Análise por Regional de Saúde

Os dados foram analisados por Coordenadoria Regional de Saúde de residência para buscar captar diferenças territoriais relevantes. Observa-se na Tabela 1 e nos Gráficos 2 e 3, níveis mais elevados nos coeficientes de mortalidade por Ca de colo uterino nas Regionais Leste e Sul, nesta última onde também se observa tendência de queda mais discreta, apesar das flutuações, junto com a Regional Sudeste. Os valores mais baixos foram observados nas Regionais Centro-Oeste e Sudeste. As quedas mais consistentes ocorreram nas Regionais Centro-Oeste e Norte. No entanto, em toda a cidade os coeficientes têm apresentado tendência de queda neste período de oito anos, apesar de 2005 mostrar aumento relativo ao ano anterior em todas as regiões. Outro dado interessante é observar os valores das Regionais Sul em 2000 e Leste em 2001 como fortes determinantes do pico citado anteriormente.

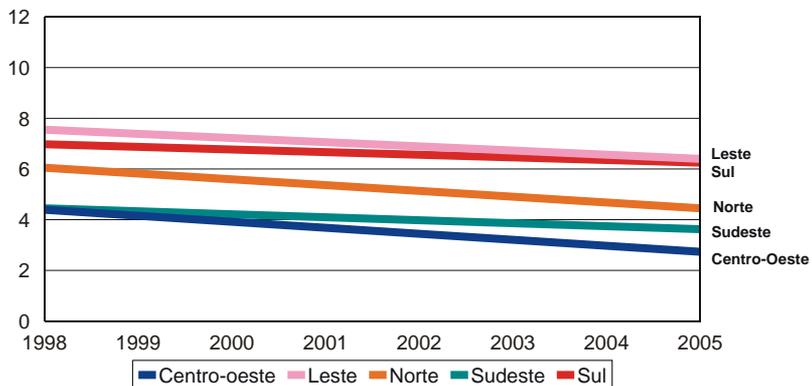
O Ca de mama também mostra tendência de redução em todas as regiões com destaque para a regional Centro-Oeste. A queda foi mais discreta nas regionais Leste e Norte. Em 2005 houve aumento dos coeficientes de mortalidade por Ca de mama nas regiões Centro-Oeste, Leste e Sul.

Tabela 1: Coeficientes de mortalidade por câncer de colo uterino e de mama feminina, padronizados por idade, segundo Regional de Saúde de residência - Município de São Paulo - 1998 e 2005

Ano	Câncer de colo uterino					Câncer de mama feminina				
	Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul
1998	3,0	7,1	6,4	4,4	5,8	23,2	13,0	19,8	20,5	18,9
1999	5,0	5,5	5,6	4,3	5,7	22,2	18,2	18,7	19,5	18,1
2000	4,7	7,6	5,9	4,2	9,9	22,6	14,4	17,9	17,6	18,3
2001	4,1	9,7	5,0	5,0	7,4	20,0	15,8	20,2	19,4	16,3
2002	3,0	8,2	5,7	3,3	6,1	20,2	15,7	18,0	19,1	14,2
2003	3,9	6,3	4,1	3,4	5,7	18,2	15,2	18,1	18,6	16,1
2004	2,0	5,5	3,4	3,7	5,9	17,9	13,6	18,4	17,8	16,0
2005	2,9	6,0	6,3	4,1	6,2	21,0	14,8	18,0	17,6	17,0

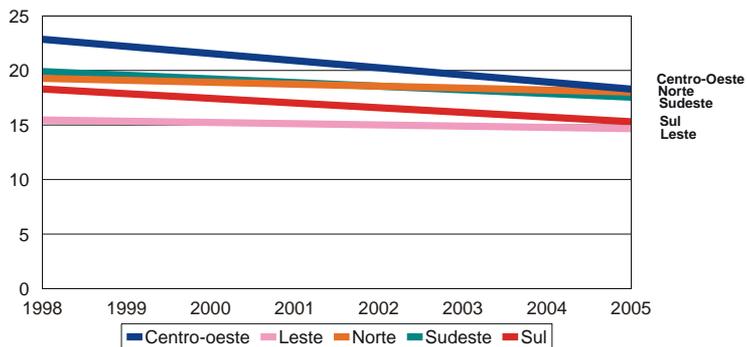
Fonte: Fundação SEADE

**Gráfico 2: Tendência (regressão linear) dos coeficientes de Mortalidade por câncer de colo uterino padronizado por idade entre 1998 a 2005
Cidade de São Paulo**



Fonte: Fundação SEADE

**Gráfico 3: Tendência (regressão linear) dos coeficientes de Mortalidade por câncer de mama feminina padronizado por idade entre 1998 a 2005
Cidade de São Paulo**



Fonte: Fundação SEADE

Comparao nos riscos de mortalidade entre as regiões

A razão de coeficientes padronizados permite aferir o quanto os riscos de uma Região são maiores que outra tomada como referência e, dessa forma, indicar as desigualdades em saúde que se manifestam nos diferentes territórios socialmente construídos da cidade. Considerando a Regional de menor risco para o Ca de colo uterino como referência - a Centro-Oeste - observa-se que a razão atinge maior valor nas Regionais Leste e Sul onde os riscos superam em duas vezes ao observado em residentes na Regional Centro-Oeste em vários anos (Tabela 2).

Tabela 2: Razão dos coeficientes de mortalidade por câncer de colo uterino, padronizados por idade, segundo Regional de Saúde tomando a região Centro-Oeste de menores valores como referência - Município de São Paulo - 1998 a 2005

Ano	Razão Centro-Oeste/ Centro-Oeste	Razão Leste/ Centro-Oeste	Razão Norte/ Centro-Oeste	Razão Sudeste/ Centro-Oeste	Razão Sul/ Centro-Oeste
1998	1,0	2,4	2,1	1,5	1,9
1999	1,0	1,1	1,1	0,9	1,1
2000	1,0	1,6	1,3	0,9	2,1
2001	1,0	2,4	1,2	1,2	1,8
2002	1,0	2,7	1,9	1,1	2,0
2003	1,0	1,6	1,1	0,9	1,5
2004	1,0	2,8	1,7	1,8	3,0
2005	1,0	2,1	2,2	1,4	2,1

Fonte dos dados brutos: Fundao SEADE

Em relao ao Ca de mama, verificou-se que a Regional Leste foi a que apresentou o menor risco de morte por esse câncer. Tomando esta Regional como referência observamos que a razão de riscos neste caso  de menor expressão e atinge maior valor na Regional Centro-Oeste e menor na Sul. Por exemplo, no ano de 2005 o risco de mortalidade por Ca de mama feminina foi 40% maior na Regional Centro-Oeste do que na Leste e 10% maior na Sul que na Leste. Em geral, na cidade os riscos de morte por Ca de mama são maiores na Centro-Oeste, seguido pelas Regionais Norte e Sudeste, ficando a Leste e a Sul com os menores riscos de morte para Ca de mama (Tabela 3).

Tabela 3: Razão dos coeficientes padronizados de mortalidade por idade por câncer de mama feminina segundo Regional de Sude tomando a região Leste de menores valores como referência. Município de São Paulo - 1998 a 2005

Ano	Razão Centro-Oeste/Leste	Razão Leste/Leste	Razão Norte/Leste	Razão Sudeste/Leste	Razão Sul/Leste
1998	1,8	1,0	1,5	1,6	1,5
1999	1,2	1,0	1,0	1,1	0,9
2000	1,6	1,0	1,2	1,2	1,3
2001	1,3	1,0	1,3	1,2	1,0
2002	1,3	1,0	1,1	1,2	0,9
2003	1,2	1,0	1,2	1,2	1,1
2004	1,3	1,0	1,4	1,3	1,2
2005	1,4	1,0	1,2	1,2	1,1

Fonte dos dados brutos: Fundao SEADE

Mortalidade precoce

Buscando entender os motivos dos diferenciais na mortalidade por esses cânceres entre as regiões, é apresentada na Tabela 4, a distribuio das mortes por faixa etária, destacando a mortalidade precoce pelos cânceres da mulher em 2005. Com relao ao Ca de colo uterino observa-se a precocidade das mortes por estas causas nas Regionais Leste, Norte e Sul, enquanto a maior concentrao de mortes no grupo de 60 anos e mais apenas ocorre na Regional Centro-Oeste. O Ca de mama mostra que nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste a maior parte das mortes ocorreu entre mulheres com 60 anos e mais, enquanto nas Regionais Leste, Norte e Sul a maioria dos óbitos foi precoce atingindo mulheres em idades menores que 60 anos.

Tabela 4: Mortalidade proporcional por faixa etária das mortes por câncer de colo uterino e mama segundo Regional de Sude. Município de São Paulo - 2005

Regional	% mortes por Ca de colo uterino				% mortes por Ca de mama			
	< 30 anos	30-49 a	50-59 a	60 a e +	< 30 anos	30-49 a	50-59 a	60 a e +
Centro-Oeste	0,0	18,8	28,1	53,1	0,0	15,2	23,0	61,7
Leste	3,1	32,3	27,7	36,9	0,0	28,8	28,8	42,5
Norte	2,5	30,4	30,4	36,7	0,9	23,0	28,7	47,4
Sudeste	2,8	32,4	21,1	43,7	0,3	17,9	19,1	62,7
Sul	3,1	30,8	24,6	41,5	0,6	32,6	28,2	38,7
Total	2,6	30,4	26,2	40,9	0,4	22,2	24,7	52,8

Fonte dos dados brutos: Fundao SEADE

Riscos de morte específicos por faixa etária

Para analisar os riscos diferenciados segundo faixa etária e regional os coeficientes específicos por faixa etária foram calculados para o ano de 2003 utilizando a média trienal 2002-2004 para estabilização de valores (Tabelas 5 e 6). Os dados mostram para o Ca de colo uterino destaques com altos valores (grifados) nos coeficientes em todas as faixas de idade verificadas na Regional Sul, seguida da Leste. Por outro lado a ocorrência de mortes em idades abaixo de 30 anos em todas as regiões, especialmente na Centro-Oeste, Leste e Sul confirma a precocidade destes riscos. O Ca de mama mostra que em idades avançadas os riscos de morte são maiores nas regionais com melhores condições médias de vida. Para faixas etárias mais jovens estes riscos vão se igualando e mostrando sua relevância em toda a cidade.

Tabela 5: Coeficientes específicos de mortalidade por câncer de colo uterino segundo faixa etária e Regional de Saúde - Município de São Paulo - Média trienal 2002 - 2004

Faixa Etária	Regional Centro-Oeste	Regional Leste	Regional Norte	Regional Sudeste	Regional Sul	Total do Município
20 a 24 anos	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
25 a 29 anos	0,6	0,6	0,3	0,3	0,6	1,0
30 a 34 anos	1,9	2,2	2,6	1,9	1,2	3,2
35 a 39 anos	1,2	4,6	6,4	1,9	6,2	3,6
40 a 44 anos	5,0	5,5	4,9	4,2	8,1	5,9
45 a 49 anos	6,5	14,2	7,0	10,0	10,7	9,2
50 a 54 anos	4,4	14,2	9,5	10,0	15,2	13,4
55 a 59 anos	12,7	22,5	12,2	9,7	22,8	14,8
60 a 64 anos	8,0	28,1	14,1	12,8	14,0	12,9
65 a 69 anos	7,6	19,9	18,9	13,1	30,4	15,4
70 a 74 anos	15,3	24,5	20,0	10,6	28,6	18,0
75 anos e +	15,5	48,2	21,8	15,9	22,9	30,0
Total	4,3	5,3	4,7	4,4	4,9	5,4

Fonte dos dados brutos: Fundação SEADE

Tabela 6: Coeficientes específicos de mortalidade por câncer de mama feminina segundo faixa etária e Regional de Saúde - Município de São Paulo - Média trienal 2002 - 2004

Faixa Etária	Regional Centro-Oeste	Regional Leste	Regional Norte	Regional Sudeste	Regional Sul	Total do Município
20 a 24 anos	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1
25 a 29 anos	0,3	0,6	1,2	0,5	0,9	0,8
30 a 34 anos	2,3	1,1	1,1	1,7	2,1	2,0
35 a 39 anos	3,4	5,9	6,5	4,6	4,9	5,7
40 a 44 anos	12,8	9,6	9,6	12,3	7,4	11,6
45 a 49 anos	12,1	13,6	16,0	16,7	10,0	15,4
50 a 54 anos	23,5	23,7	27,5	24,1	19,5	26,7
55 a 59 anos	27,8	26,2	27,7	28,0	28,4	30,5
60 a 64 anos	37,0	30,2	31,9	37,9	33,6	38,5
65 a 69 anos	50,9	25,1	42,5	44,8	37,6	44,2
70 a 74 anos	52,4	38,2	51,6	51,0	37,6	49,9
75 anos e +	122,9	55,8	87,8	96,6	75,5	96,5
Total	16,1	6,2	10,3	13,1	6,3	10,7

Fonte dos dados brutos: Fundação SEADE

Conclusões

Quanto ao câncer de colo uterino

1. O ano de 2005 representou um aumento do número de mortes por Ca de colo uterino após queda sucessiva nos quatro anos anteriores. No entanto, na cidade, a tendência no período 1998-2005 foi de queda dos coeficientes de mortalidade padronizados por idade, o que ocorreu em todas as Regionais e foi mais expressiva nas Regionais Centro-Oeste e Norte e de menor intensidade na Leste e Sul.
2. A ocorrência de mortes em idades abaixo de 30 anos indica a necessidade da abordagem de adolescentes e jovens uma vez que os cânceres têm um período de latência entre a exposição aos fatores de risco, as lesões alteradas ao exame e a doença instalada.
3. A precocidade das mortes por câncer de colo uterino pode ser observada especialmente nas Regionais onde as condições médias de vida são piores.
4. A análise da razão entre os coeficientes de mortalidade padronizados por idade mostrou que, em vários anos, o risco de morrer nas Regionais Leste e Sul foram mais do que duas vezes o risco da Regional Centro-Oeste que apresentou os menores valores.
5. A Regional Sul mostrou riscos maiores do que as demais regionais da cidade em todos os períodos etários.
6. Levantamento preliminar realizado pela SMS-São Paulo aponta para a necessidade de aumento da cobertura do Papanicolau, buscando preferencialmente grupos populacionais com maiores restrições à realização do exame. Ações vinculadas à Atenção Básica devem ser recomendadas visando aumento da sua cobertura. No entanto, apesar da estratégia do rastreamento do Ca de colo de útero através do Papanicolau ser adequada, a sua qualidade precisa ser avaliada.
7. É preciso avançar para avaliar ainda o processo de trabalho realizado pelas equipes nas unidades de saúde no acompanhamento no resultado do exame, envolvendo definição de responsabilidades de profissionais pelo registro e encaminhamentos acerca de casos alterados ou suspeitos visando agilização do tratamento.

Quanto ao câncer de mama feminina

1. O ano de 2005 representou o maior número de mortes por Ca de mama feminina da Cidade de São Paulo, com aumento do coeficiente padronizado em relação ao ano anterior observado nas Regionais Centro-Oeste, Leste e Sul.
2. Os coeficientes padronizados por idade mostraram tendência de redução nos riscos de morte por Ca de mama na cidade de 1997 a 2005, sendo a redução mais discreta nas Regionais Norte e Leste.
3. O risco de mortalidade por Ca de mama é diferenciado na cidade com valores maiores nas regionais Centro-Oeste, Sudeste e Norte.
4. Tomando a Regional Leste, com menores valores, como referência em 2005, os riscos são quase 40% maiores na Centro-Oeste e 20% maiores nas Regionais Norte e Sudeste.
5. As regiões de maiores valores concentram as mortes em idades avançadas enquanto nas Regionais Leste e Sul a maior parte das mulheres falece com idades mais precoces.
6. Entre as razões para estas mortes precoces (abaixo de 60 anos), nas Regionais Leste e Sul contribuem a estrutura etária mais jovem das populações femininas nessas regiões. Outra razão é o risco mais expressivo em mulheres mais jovens nessas regiões.
7. As mudanças nos padrões de vida e reprodução na sociedade moderna tendem a aumentar os riscos da incidência do Ca de mama em decorrência de mudanças tais como a redução no número de filhos, as gestações mais tardias, a redução no tempo de amamentação, a quantidade de gordura na dieta e o aumento da obesidade. Estes padrões são observados inicialmente nas classes de renda e escolaridade mais alta da população que apresentam os maiores coeficientes de mortalidade. As demais classes sociais, com o passar do tempo, vão incorporando esses padrões de comportamento e consumo. Por outro lado, o acesso ao diagnóstico precoce e o tratamento adequado são diferenciados socialmente o que tende a levar a uma redução da letalidade, de maior intensidade nas populações residentes nos espaços de melhores condições sociais de vida. Como consequência, os riscos de morte entre os grupos sociais de alta renda tendem a diminuir, ocorrendo o oposto nas populações que vivem em piores condições médias de vida.

Comentários finais

O câncer, por sua importância epidemiológica e também por representar parte considerável do gasto em saúde no SUS, deve ser abordado como área prioritária dentro das políticas de saúde. Para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado devem-se considerar todas as etapas incluindo garantia da referência para a conclusão da abordagem agregando encaminhamentos oportunos necessários após o diagnóstico estabelecido ou suspeito. Considerando a população exclusivamente usuária SUS e seu nível de renda e escolaridade, ampliar o acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos é interferir no processo de adoecimento e ampliar as chances de cura dessas mulheres.

Avaliação da implantação do SISPRENATAL nos serviços municipais de saúde de São Paulo

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria-GM nº 569/2000, baseia-se na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. O PHPN tem como objetivos a redução da morbi-mortalidade materna e perinatal e a adoção de medidas para a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. O PHPN preconiza o cadastro de 100% das gestantes atendidas pelo SUS, incentiva a captação precoce da gestante (cadastramento da gestante até 120 dias de gestação), seu acompanhamento do pré-natal (mínimo de 6 consultas de acompanhamento e exames específicos), garantia de assistência ao parto e 1 consulta de puerpério (até 42 dias após o parto).

O SISPRENATAL (SIS-PN) é o sistema informatizado desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de possibilitar o cadastramento e o acompanhamento das gestantes inseridas no PHPN. Além de fonte de dados para acompanhamento, a adesão ao PHPN e conseqüente preenchimento e envio da base de dados ao Ministério da Saúde, possibilita o repasse de incentivos financeiros específicos para os municípios (cadastramento da gestante até 120 dias de gestação R\$ 10,00; conclusão da assistência pré-natal R\$ 40,00; parto realizado em gestante cadastrada - R\$ 40,00).

O Município de São Paulo aderiu ao PHPN em março 2002. Até dezembro/2005 o SIS-PN estava implantado em 398 estabelecimentos de saúde da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-São Paulo) sendo 373 Unidades Básicas de Saúde e 25 ambulatórios de especialidades. A proporção de unidades básicas municipais que alimentava o sistema representava 96,6% do total em 2005.

Este estudo visa avaliar a implantação e alimentação do SISPRENATAL pelos estabelecimentos de saúde da SMS-São Paulo.

Metodologia

O SISPRENATAL é composto por dois módulos: cadastro das gestantes e acompanhamento da assistência pré-natal. A avaliação da alimentação do módulo de cadastro foi realizada comparando-se a estimativa de gestantes usuárias SUS com o número de gestantes cadastradas no sistema e com o número de cadastramentos ocorridos antes de 120 dias de gestação, permitindo analisar cobertura e captação precoce de gestantes pelo SUS. O total de gestantes cadastradas em 2005 foi obtido diretamente dos arquivos do SIS-PN utilizando-se o campo "data da 1ª consulta", visto que em geral este é o momento da entrada da gestante na rede de assistência e do seu cadastramento no sistema.

O número de cadastros de gestantes antes de 120 dias de gestação foi obtido do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, para onde estes dados são transferidos pelo SIS-PN.

O módulo acompanhamento foi avaliado comparando-se o número de acompanhamentos completados informado pelo sistema, que consiste do registro de no mínimo seis consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais (ABO-Rh, HB/Ht; VDRL; urina; glicemia de jejum; oferta de testagem anti-HIV), imunização antitetânica e consulta de puerpério com o total de gestantes cadastradas no SISPN. Assim como o número de gestantes cadastradas antes de 120 dias, o número de acompanhamentos contemplados também é transferido para o SIA.

Para comparar os registros do SIS-PN e do SIA utilizou-se o mesmo parâmetro do SISPRENATAL, ou seja, cada gestante deve receber pelo menos 6 consultas, e foi calculada a estimativa de gestantes atendidas dividindo-se o total de consultas de acompanhamento de pré-natal realizadas por médico ou enfermeiro registradas no SIA.

A estimativa de gestantes foi calculada a partir do número de nascidos vivos por subprefeitura de residência da gestante. Para o cálculo da estimativa de gestantes exclusivamente usuárias SUS, a proporção de uso do SUS para realização do Pré-Natal, obtida no Inquérito de Saúde de Base Populacional (ISA-Capital 2003) foi distribuída aplicando-se a proporção da população exclusivamente usuária SUS, calculada por meio de estimativa realizada pela CEInfo com base na PCV (Pesquisa de Condições de Vida-SEADE) e tabulação especial do Censo-2000 realizada pela SEMPLA (PMSP), com base em metodologia desenvolvida no Instituto Pólis.

Resultados e discussão

A estimativa de gestantes usuárias do SUS para o ano 2005, calculada segundo a metodologia referida acima, foi 113.225.

Neste período foram cadastradas no SIS-PN 67.967 gestantes, todas com data da primeira consulta neste ano, correspondendo a 60% do total estimado. Dentre as gestantes cadastradas, em mais de 90% o cadastramento ocorreu antes de 120 dias de gestação (61.734).

A maior cobertura de gestantes SUS em relação ao cadastramento no SIS-PN ocorreu na Regional de Saúde Leste, 79,5%. Entre as demais, a cobertura foi inferior, 43,9%, 45,0%, 54,4% e 54,7%, respectivamente as Regionais de Saúde Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Norte (Tabela 1).

O percentual de gestantes cadastradas no SIS-PN antes de 120 dias de gestação foi bastante elevado em três regionais, Sul (98,3%), Norte (94,4%) e Leste (93,0%). A Sudeste e CentroOeste apresentaram valores menos expressivos, 74,8% e 73,6%, respectivamente.

Chama a atenção a situação observada em oito Subprefeituras (Guaianases, São Mateus, Freguesia do Ó, Pirituba, V Maria/V Guilherme, Penha, M'boi Mirim e Santo Amaro) onde o número de gestantes cadastradas no SIS-PN com menos de 120 dias gestação é maior do que o total de gestantes cadastradas, o que pode estar relacionado com a perda de dados na base do SIS-PN ou a geração de BPA em duplicidade. Ambas as possibilidades estão relacionadas a dificuldades operacionais do próprio sistema e às dificuldades e deficiências do seu gerenciamento agravadas pela complexidade de sua implantação num município com a dimensão de São Paulo.

Dentre as gestantes cadastradas no SIS-PN, apenas 4,1% (2.819 casos) tiveram a conclusão da assistência pré-natal comprovada pelos critérios do sistema (Tabela 1). Observam-se valores regionais baixos variando entre 1,5 a 7,8%. Vale ressaltar que mesmo as duas Subprefeituras que atingiram valores acima de 10%, indicam o quanto este sistema tem ainda que ser aprimorado na cidade.

Tabela 1: Estimativa de gestantes usuárias SUS, gestantes cadastradas no SIS-PN, gestantes cadastradas antes de 120 dias de gestação, cobertura do SIS-PN para gestantes SUS, captação precoce (<120 dias) e % de conclusão do SIS-PN segundo Subprefeitura e Regional de Saúde. Município de São Paulo*, 2005

Regional de Saúde	Subprefeitura	Estimativa gestantes SUS	Gestantes cadastradas no SIS-PN 2005	Gestantes cadastradas no SIS-PN < 120 dias gestação	Cobertura do SIS-PN para gestantes SUS	% Captação precoce no SIS-PN	% Conclusão do SIS-PN
Centro Oeste	Butantã	4.170	2.298	1.382	55,1	60,1	3,0
	Lapa	1.586	748	719	47,2	96,1	0,9
	Pinheiros	915	201	125	22,0	62,2	3,0
	Sé	2.710	871	805	32,1	92,4	0,5
Subtotal Centro Oeste		9.381	4.118	3.031	43,9	73,6	2,1
Leste	Cidade Tiradentes	2.787	2.501	2.062	89,7	82,4	15,2
	Ermelino Matarazzo	2.345	2.435	2.096	103,9	86,1	12,1
	Guaianases	3.988	2.073	2.581	52,0	124,5	3,1
	Itaim Paulista	5.046	4.295	3.306	85,1	77,0	4,7
	Itaquera	5.886	4.405	4.169	74,8	94,6	7,8
	São Mateus	5.536	4.437	5.121	80,1	115,4	6,2
	São Miguel Paulista	5.055	4.225	3.322	83,6	78,6	7,9
Subtotal Leste		30.644	24.371	22.657	79,5	93,0	7,8
Norte	Casa Verde	3.516	1.687	1.667	48,0	98,8	0,6
	Freguesia/Brasilândia	5.339	2.824	3.129	52,9	110,8	0,2
	Jaçanã/Tremembé	3.054	1.906	1.197	62,4	62,8	4,0
	Perus	1.864	1.099	760	59,0	69,2	0,2
	Pirituba/Jaraguá	4.816	3.170	3.281	65,8	103,5	0,2
	Santana/Tucuruvi	1.907	1.030	697	54,0	67,7	5,2
	V Maria/V Guilherme	3.119	1.206	1.463	38,7	121,3	3,8
Subtotal Norte		23.615	12.922	12.194	54,7	94,4	1,5
Sudeste	Aricanduva	2.040	441	393	21,6	89,1	1,6
	Ipiranga	3.861	2.787	2.177	72,2	78,1	2,8
	Jabaquara	2.001	996	616	49,8	61,8	0,1
	Mooca	2.377	739	561	31,1	75,9	0,4
	Penha	4.278	1.148	1.268	26,8	110,5	2,6
	Vila Mariana	1.298	362	358	27,9	98,9	0,3
	Vila Prudente	5.373	3.071	1.764	57,2	57,4	0,7
Subtotal Sudeste		21.228	9.544	7.137	45,0	74,8	1,5
Sul	Campo Limpo	6.999	4.766	4.577	68,1	96,0	1,1
	Capela do Socorro	7.982	1.866	1.521	23,4	81,5	0,8
	Cidade Ademar	5.110	4.596	4.280	89,9	93,1	2,4
	M'Boi Mirim	7.746	4.839	5.404	62,5	111,7	5,2
	Parelheiros	2.230	222	206	10,0	92,8	0,0
	Santo Amaro	1.221	723	727	59,2	100,6	9,8
Subtotal Sul		31.287	17.012	16.715	54,4	98,3	2,9
Total do Município		113.225	67.967	61.734	60,0	90,8	4,1

Fonte: SMS - CEInfo - SIS-PN e SIA

Nota: * não incluídos dados da rede estadual

A grande diferença de desempenho dos estabelecimentos de saúde entre a alimentação do Módulo de cadastramento das gestantes e o Módulo do registro do acompanhamento pode estar associada, primeiramente, ao fato que o cadastramento é ato único, vinculado à primeira consulta de pré-natal, em geral a mais completa. Já o módulo de acompanhamento requer alimentação mensal durante todo o pré-natal e também o registro da consulta de puerpério. Ou seja, a cada visita da gestante, o profissional que venha a prestar atendimento deverá registrar sua ação no campo correspondente à data do atendimento no formulário específico (único da gestante). Este mesmo formulário é a fonte dos dados a serem digitados mensalmente no sistema. O fluxo do formulário dentro do estabelecimento pode estar dificultando o registro, visto que são necessários sucessivos arquivamentos em prontuário e desarquivamentos para os registros.

Outro aspecto altamente prejudicial para geração da conclusão do acompanhamento é a demora na digitação dos dados que, apesar do cumprimento de todas as etapas de registro, poderá inviabilizar a conclusão do caso se os dados forem transferidos com atraso maior que 3 meses a partir da data da realização. Daí a importância de os profissionais estarem devidamente treinados e sensibilizados para o preenchimento correto do formulário e em tempo hábil, possibilitando tanto o acompanhamento da gestante quanto a geração dos incentivos financeiros que reverterão em benefícios para a própria assistência.

Ainda em relação à baixa percentagem de conclusão da assistência pré-natal apontada pelo sistema, vale ressaltar que a base de dados aqui analisada não inclui os estabelecimentos da Secretaria do Estado da Saúde que alimentam o SIS-PN. Esta situação é resquício da época da implantação do SIS-PN no Município de São Paulo, quando o mesmo ainda não era Gestor Pleno do Sistema de Saúde. Há necessidade de incorporar essas informações geradas pelos estabelecimentos da SES-SP, pois, certamente, gestantes cadastradas e inicialmente acompanhadas por estabelecimentos de saúde da SMS-SP podem estar buscando atendimento em estabelecimentos da SES ou vice-versa. Sem a junção destes dados numa única base de dados (municipal) muitos casos continuarão sem conclusão dentro do sistema.

Considerando-se que a assistência pré-natal realizada pelos estabelecimentos de saúde, além de registrada no SIS-PN, deve ser registrada no SIA, é de se esperar volumes de atendimento semelhantes. Entretanto, a análise dos dados de consulta de pré-natal e consulta de puerpério registrados no SIA oferecem indícios para se afirmar que a assistência às gestantes tem sido realizada num volume muito maior do que o registrado no SIS-PN.

Tabela 2: Gestantes usuárias SUS estimadas, total de consultas de pré-natal informadas no SIA, gestantes atendidas com base no SIA e proporção de gestantes atendidas no total das estimadas segundo Regional de Saúde. Município de São Paulo - 2005

Regional de Saúde	Estimativa gestantes SUS	Total consultas de pré-natal - SIA	Estimativa gestantes atendidas - SIA	% de gestantes SUS atendidas - SIA
Centro Oeste	9.381	49.289	8.215	87,6
Leste	30.644	188.840	31.473	102,7
Norte	23.615	136.633	22.772	96,4
Sudeste	21.228	112.884	18.814	88,6
Sul	31.287	173.459	28.910	92,4
Total do Município	113.225	661.105	110.184	97,3

Fonte: SMS - CEInfo - SIS-PN e SIA

Os valores encontrados para o percentual de gestantes SUS, atendidas e registradas no SIA, no ano 2005 ficam entre 87,6 e 102,0%. Observa-se ainda que potencialmente, o número de consultas de puerpério realizadas poderia cobrir 34,1% das gestantes atendidas pela estimativa do SIA.

A comparação entre os dados dos dois sistemas para análise da entrada da gestante na rede assistencial traduzida como “cadastro da gestante no SIS-PN” (Tabela 1) ou “consulta de pré-natal registrada no SIA” (Tabela 2), respectivamente 60,0% e 97,3% permite afirmar que o acesso à assistência pré-natal vem sendo realizada em volume muito maior do que a documentada no SIS-PN.

Conclusões

Apesar do potencial apresentado pelo SIS-PN para estimular cadastramento de gestantes, captação precoce, e avaliação de processo do acompanhamento da realização dos procedimentos preconizados no protocolo de atendimento das gestantes até o puerpério, este apresenta sérios problemas na cidade de São Paulo.

Sua cobertura é baixa, com a exceção da Regional Leste (quase 80%). As demais regionais apresentaram proporções em torno de 50%. Mais preocupante é que apenas 4,1% das gestantes cadastradas tiveram seu acompanhamento considerado completados pelos critérios do sistema. Este dado indica dificuldades na implantação e operação do SIS-PN, que estão associadas à falta de infra-estrutura e recursos humanos capacitados e agravadas pela duplicidade de trabalho exigida pelo Ministério da Saúde que obriga a entrada dos procedimentos realizados durante o acompanhamento das gestantes também no SIA-SUS.

Diferentemente do SIA, o SIS-PN é um banco de dados relacional que dispõe dos mecanismos de críticas internas que só validam os procedimentos digitados após compará-los com outras variáveis como data da última menstruação (para validar o cadastro) ou o conjunto de consultas e exames que devem ser realizados em datas e intervalos pré-estabelecidos (para validar o acompanhamento). Todas estas características conferem ao SIS-PN um elevado grau de complexidade para sua operacionalização que certamente têm influenciado nos resultados observados no Município de São Paulo.

Há de se considerar também que a implantação do SIS-PN num Município das proporções de São Paulo, que obrigou a instalação de níveis de consolidação de dados regionais (intermediários) para receber os dados das máquinas locais, tem gerado comportamentos nem sempre compreensíveis pelos técnicos da SMS ou mesmo do DATASUS.

Fazer frente a esta situação envolve diversos aspectos que implicam não apenas na efetiva utilização do SIS-PN como instrumento gerencial, mas antes disso na criação das condições adequadas para a sua operação. Seu gerenciamento necessita aprimoramento o que inclui infra-estrutura mínima com equipamentos adequados e profissionais em número suficiente, sensibilizados e qualificados tanto nos níveis descentralizados, quanto no nível central.

O futuro do SIS-PN no Município de São Paulo passa pela redefinição da sua prioridade na SMS com sua utilização efetiva que pode ser alavancada pela implementação da sua incorporação no módulo atendimento do SIGA-SAUDE (Sistema de Informações em desenvolvimento na SMS-São Paulo em plataforma WEB).

Atualmente, diante destas dificuldades o sistema tem se restringido a um captador de recursos de baixa eficiência, ao deixar de receber grande parte de recursos financeiros provenientes de ações efetivamente executadas.

Como instrumento de gerência, resta analisar se nos níveis locais o SIS-PN tem sido utilizado para conhecer, acompanhar e tomar decisões para aprimorar a oferta de serviços às gestantes usuárias do SUS. Ou ainda se os indicadores de acompanhamento do sistema têm sido utilizados para monitorar a ação cotidiana. Esta avaliação deverá ser realizada junto aos níveis descentralizados e publicada posteriormente.

A presente análise foi realizada por meio do acesso aos dados de 2005. Em 2006, com o reforço no programa da Rede de Proteção à Mãe Paulistana há sinais de melhoria que necessitam ser avaliados posteriormente.

Venha participar do Boletim CEInfo - Análise

No Boletim CEInfo - Análise está aberto um espaço para publicação das experiências de análise de dados em nível descentralizado. Desta forma estamos conclamando os gestores e equipes para que produzam análises e submetam ao Conselho Editorial para publicação. A CEInfo, além de analisar o material proposto vai subsidiar metodologicamente os níveis descentralizados nestas análises. Como o espaço disponível será de uma análise descentralizada por Boletim pretende-se definir critérios para priorização como tempo para elaboração, importância da análise para a tomada de decisão, entre outros aspectos. Os interessados devem comunicar-se com o Conselho Editorial deste Boletim. Estamos aguardando suas contribuições!

Conselho Editorial:

Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo - cassio@prefeitura.sp.gov.br

Marcos Drumond Junior - marcosd@prefeitura.sp.gov.br

Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira - mlira@prefeitura.sp.gov.br

Maria Cristina Haddad Martins - mchaddad@prefeitura.sp.gov.br

CEInfo
Coordenação de
Epidemiologia e Informação

