

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde

Volume 2

**Falando sobre os sistemas de
informação em saúde no Brasil**

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

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 qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, sala 916

CEP: 70058-900 Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-3002

E-mail: dae@saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G, 1º andar

CEP: 70058-900 Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-3777

E-mail: svs@saude.gov.br

Secretaria-Executiva

Departamento de Informática do SUS – DATASUS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo A, 1º andar

CEP: 70058-900 Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-2796

E-mail: DATASUS@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Opas

Setor de Embaixadas Norte Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília-DF

Tel.: (61) 3251-9595

Home page: <http://www.opas.org.br>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Fiocruz

Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos

CEP: 21040-360 Rio de Janeiro-RJ

Tel.: (21) 2598-4242

Home page: <http://www.fiocruz.br>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Conteúdo: v. 1. Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil – v. 2. Falando sobre os sistemas de informação em saúde no Brasil.

ISBN 978-85-334-1546-1 volume 2

1. Sistemas de informação em saúde. 2. Tecnologia em saúde. 3. Informática. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. III. Título. IV. Série.

CDU 004:614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0019

Titulos para indexação:

Em inglês: The Brazilian Experience in Health Information Systems

Em espanhol: La Experiencia Brasileña en Sistemas de Información en Salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Heloiza Santos

Revisão: Mara Soares Pamplona e Paulo Henrique de Castro e Faria

Projeto gráfico e diagramação: Sérgio Ferreira

Impressão, acabamento e expedição: Editora MS

Sumário

Apresentação	5
Introdução	7
<i>Célia Leitão Ramos</i> <i>Francisco Viacava</i>	
Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	27
<i>Francisco Viacava</i>	
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	41
<i>Rosângela Caetano</i>	
Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)	65
<i>Vera Edais Pepe</i>	
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	87
<i>Mônica de Castro Maia Senna</i>	
DATASUS e Conselhos de Saúde: Diálogos entre os Sistemas de Informação em Saúde e o Controle Social	107
<i>Willer Baumgarten Marcondes</i>	
Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)	129
<i>Álvaro Nascimento</i>	
Considerações Finais	135
<i>Francisco Viacava</i> <i>Célia Leitão Ramos</i>	
Equipe Técnica	147

Apresentação

Os sistemas de informação em saúde evoluem rapidamente. Além das mudanças tecnológicas, os conceitos e métodos para armazenar, tratar e disseminar informações, para que sejam utilizadas da melhor forma por diferentes públicos (gestores, acadêmicos, sociedade em geral), também têm se desenvolvido com muita rapidez. Importantes diferenças são identificadas entre as experiências de diferentes países, que correspondem aos processos históricos e às características das instituições e das necessidades dos sistemas de atenção.

A fim de apoiar os países das diferentes regiões do continente americano para a melhoria de seus sistemas nacionais de informação em saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) desenvolveu a proposta intitulada *“Fortalecimento do desempenho dos sistemas de informação em saúde das Américas”*.

Neste marco da cooperação técnica com os países deste continente, a ação inicial foi documentar as experiências exitosas do México e do Brasil que podem fornecer pistas para o estabelecimento de trajetórias bem-sucedidas em outros países. O projeto foi realizado no Brasil a partir da proposta desenvolvida pela Opas e pelo *Measure Evaluation Project*, apoiado pelo *Carolina Population Center*, da *North Carolina University*, e mediado pelo *Latin American and Caribbean Regional Bureau of Usaid (LAC-Usaid)*. As atividades foram coordenadas por um grupo colegiado formado por representantes da Opas no Brasil e do Ministério da Saúde (Secretaria-Executiva/Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde).

Na sua consecução, o projeto utilizou duas abordagens com naturezas diferentes e complementares. A primeira documenta o desenvolvimento histórico de alguns dos sistemas de informação em saúde de maior abrangência no país, bem como seus avanços e desafios atuais, realizado por especialistas que se dedicam ao estudo e à análise deste campo da saúde no país: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O projeto descreve, ainda, duas experiências institucionais relacionadas ao desenvolvimento e à busca de qualidade dos sistemas de informação em saúde no Brasil, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). O objetivo foi possibilitar o entendimento da evolução histórica e institucional dos sistemas de informação em saúde no Brasil, seus componentes, sua função e suas rotinas.

A segunda abordagem consistiu de um trabalho de investigação qualitativa que teve o caráter de consulta junto a indivíduos responsáveis pelas ações de concepção, implementação, uso e gestão dos sistemas de informação mencionados, além do DATASUS e da Ripsa. Os objetivos foram focalizar a situação atual, o uso e a perspectiva dos usuários desses sistemas e das referidas instituições, bem como identificar os pontos positivos e as dificuldades existentes, além das sugestões dos entrevistados para seu aprimoramento.

O resultado desta iniciativa é a um só tempo internacional e inter-institucional. Estamos certos de que as informações e as análises apresentadas serão de utilidade para gestores, pesquisadores e usuários dos sistemas de informação e de saúde.

Publicações como esta permitem que os esforços individuais e coletivos sejam a base da evidência para o planejamento e apoiem o país a cumprir seus compromissos nacionais e internacionais.

Diego Victoria Mejía – Representante da Opas/OMS no Brasil

José Gomes Temporão – Ministro da Saúde do Brasil

Introdução

Célia Leitão Ramos
Francisco Viacava

Falando sobre os sistemas de informação em saúde constitui um dos volumes da publicação resultante do projeto *“A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde”*.

Este livro foi desenvolvido a partir da inclusão, no âmbito do referido projeto, de um diagnóstico avaliativo sobre a percepção dos usuários sobre as características selecionadas dos sistemas de informação de âmbito nacional (Sinasc, Sinan, SIM e SIH) e das experiências do DATASUS e da Ripsa na disseminação e na análise das informações. Esse diagnóstico deveria constar, essencialmente, de uma avaliação qualitativa, na qual seriam entrevistados gestores nos diversos níveis administrativos, além de dois tipos de usuários privilegiados: pesquisadores e conselheiros de saúde.

A originalidade da proposta e seus desafios, dado o caráter multidisciplinar da investigação, foram os principais fatores que motivaram a Fundação Oswaldo Cruz – por intermédio de duas de suas unidades, o Centro de Informação Científica e Tecnológica e a Escola Nacional de Saúde Pública – a colaborar com o projeto.

O delineamento do estudo partiu da premissa de que, entre os mais importantes aspectos que contribuem para o êxito dos sistemas de informação no país, estão os “quadros” que neles atuam, isto é, os atores tanto institucionais como os da sociedade civil, que, mediante seu compromisso e seu envolvimento, emprestam aos sistemas suas inteligências e suas biografias. Nesse sentido, decidiu-se que essa consulta seria feita de forma que esses atores pudessem argumentar mais livremente sobre os sucessos e as dificuldades encontradas ao longo da implantação dos sistemas de informação, relatar suas experiências nos processos de criação e disseminação, bem como ponderar sobre o que ainda precisa ser feito.

Para tanto, foi necessário contar com um grupo de entrevistadores qualificados, constituído por pesquisadores e docentes familiarizados com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que os depoimentos tivessem a profundidade necessária para a abordagem de aspectos apontados pela literatura, a partir dos quais foram elaborados os roteiros.

A total adesão dos gestores, pesquisadores e conselheiros ao convite que lhes foi feito, para refletir sobre as questões propostas, não apenas garantiu o desenvolvimento do trabalho, mas também atuou como um fator de estímulo e envolvimento de toda a equipe do projeto, permitindo que seu cronograma fosse cumprido dentro dos prazos estabelecidos. Merece ser destacado que o elevado espírito público dessas pessoas e a forte consciência que demonstram sobre a relevância do trabalho que realizam, visando ao aprimoramento da gestão do SUS e à melhoria das condições de saúde da população, constituíram, sem dúvida, o principal fator para a consecução do projeto.

Concomitantemente ao trabalho de consulta materializado neste livro, foram elaborados textos nos quais o mesmo campo temático foi abordado por pessoas que vivenciaram a concepção e a implantação de cada sistema e que, portanto, levaram em conta os aspectos referentes ao contexto político institucional em que os sistemas foram criados, bem como os principais usos que deles têm sido feitos. Tais textos compõem o primeiro volume desta publicação, que tem com o presente uma relação de complementaridade, pois permite aos leitores uma visão acurada da concepção e das estruturas dos sistemas de informação em saúde no país.

O trabalho sobre os depoimentos de gestores, pesquisadores e conselheiros apresentado aqui tem como objetivo trazer a público elementos que possam contribuir para a compreensão da dinâmica cotidiana desses sistemas. Assim, especial atenção foi dedicada aos aspectos exitosos dos

sistemas, às suas limitações e às propostas de superação destas, em obediência ao que foi detectado por aqueles que estão diuturnamente envolvidos com a produção, a disseminação e o uso de informações sobre saúde no Brasil.

Conforme já aludido, este trabalho originou-se de uma proposta feita pelo Ministério da Saúde (MS) ao Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (CICT). Em 2005, o Ministério foi procurado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que – junto ao Carolina Population Center, da North Carolina University, por intermédio de seu Measure Evaluation Project, mediado pelo Latin American and Caribbean Regional Bureau of Usaid (LAC-Usaid) – propôs um estudo sobre sistemas brasileiros de informação em saúde orientado para os pontos apresentados a seguir.

Realização de um estudo de curta duração, previsto para três meses de trabalho, de forma que o trabalho de campo fosse feito em 30 dias.

Utilização de uma metodologia que permitisse colher informações de caráter qualitativo sobre o que “deu certo” nesses sistemas de informação nos últimos 20 anos. Para isso, tanto o Ministério quanto a Opas gostariam que o CICT encontrasse uma forma de saber o que se “apre(e)nde” da experiência brasileira, fosse por intermédio de experiências bem-sucedidas, fosse mediante os pontos fracos do sistema.

Como resultado – e com base nessa vivência –, o trabalho deveria apontar para o que está sendo feito – ou deverá ser feito – para se obter um sistema de informação “melhor” nos próximos 10 ou 15 anos.

MÉTODO

Embora o estudo não seja uma avaliação qualitativa *tout court*, em função dos prazos permitidos para sua preparação e execução, havia expectativas por parte do Ministério da Saúde e da Opas de que ele permitisse: 1º) identificar melhor alguns problemas do presente a partir de experiências passadas, 2º) pontuar fatos do presente percebidos como positivos; e 3º) a partir do conjunto de informações, juntamente com outras que o Ministério possui, contribuir para futuras tomadas de decisões na área em questão.

Tal expectativa acompanha a tendência cada vez mais constante, na avaliação de políticas públicas, de se buscar registros de “lições aprendidas” (*learned lessons*) e “boas práticas” (*best practices*) resultantes de ações efetuadas a partir da adoção de determinados modelos e programas. Entretanto, quando se trata de fenômenos sociais, é comum que apareçam dificuldades quando se pretende estabelecer relações válidas entre intervenções e efeitos observados, como bem observou Pawson (2002). Isso ocorre porque, na esfera das políticas públicas, o estabelecimento de relações causais por intermédio de variáveis discretas não oferece força explicativa suficiente. Por outro lado, as abordagens clássicas das ciências sociais, altamente explicativas, têm um andamento de execução pouco compatível com o ritmo de produção de dados requeridos nas áreas de planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas públicas. Nesse sentido, Pawson alerta para o fato de que a tarefa de avaliação se encontra sempre em luta com a questão do tempo, uma vez que “os ciclos políticos se movimentam mais rapidamente do que os ciclos da investigação [social], possibilitando que avaliações em tempo real não tenham nenhuma influência no processo de tomada de decisão” (PAWSON, 2002, p. 340). Com isso, determinados processos institucionais e políticos permanecem sempre pouco acompanhados, já que a identificação e a compreensão de alguns mecanismos deixam de ocorrer.

Evidências, por mais interessantes e confiáveis que sejam, não falam por si, e autores e avaliadores se indagam sobre o tipo de abordagem mais eficiente no sentido de produzir um número maior de elementos que permitam, num espaço de tempo mais curto, acompanhar, analisar e avaliar fenômenos complexos, entre eles os resultados da gestão pública. Outra questão é a da subjetividade.

Ou seja, como tratar a subjetividade inerente aos termos “lições aprendidas” e “boas práticas”, por exemplo? Tampouco é possível ignorar o caráter situacional das evidências colhidas para esse tipo de estudo. Assim, os resultados estão sempre sujeitos a mudanças conjunturais quase imediatas, abreviando a validade das conclusões. Contudo, é pertinente reconhecer que o quadro melhorou muito nos últimos 15 anos, no sentido de desfrutar de uma validade mais compactuada, o que aumenta o nível de aceitação e confiança.

Muitos dos problemas seriam resolvidos se o exercício de avaliação se desenvolvesse de forma mais interativa e/ou colaborativa, com possibilidades de consulta entre várias esferas: as de tomada de decisões, as formadoras de recursos humanos, as que alocam recursos ou as voltadas para a área de informação em sentido amplo, para dar apenas alguns exemplos. Esse é um compromisso enunciado pela Canadian Tobacco Control Research (2002), no estudo que realizou junto à Canadian Cancer Society, e também um objetivo preconizado por Patton (2001). No entanto, a avaliação interativa raramente acontece, se é que acontece. Veja-se o caso das Health Action Zones (HAZ), na Inglaterra, um programa proposto pelo governo trabalhista para, num período de cinco anos (1997–2002), estender a cobertura do sistema de saúde mediante ações localizadas no plano local (HEALTH ACTION ZONES, 2004a, 2004b, 2004c). Os autores encarregados de acompanhar e avaliar as HAZs foram unânimes em apontar para as dificuldades de realizar a tarefa, ainda que ela contasse, desde o começo, com dotação específica, na expectativa de que as ações e a avaliação das ações ocorressem de forma integrada, simultânea e interativa. Os avaliadores, entretanto, só começaram a executar seu trabalho depois de meses e meses do projeto iniciado, quando lhes foi dada autorização oficial para agir. Além disso, uma vez iniciada a avaliação, logo ficou evidente que a idéia de “tempo ideal” para saber do andamento dos programas variava de grupo para grupo, sendo que o “grupo político”, por exemplo, tende a exigir respostas mais rápidas do que o “grupo técnico” ou mesmo os grupos de interesse da população. Os autores apontam para isso como um fato – não se tratando, portanto, de expectativas certas ou erradas por parte desses grupos – e recomendam que a avaliação qualitativa desenvolva formas de lidar com a questão (BARNES; MATKA; SULLIVAN, 2003; SULLIVAN; BARNES; MATKA, 2002; SULLIVAN; JUDGE; SEWELL, 2004).

Fenômenos que ocorrem no âmbito das políticas públicas são sempre complexos porque são multiestratégicos, contam com a participação de vários grupos de interesse, envolvem ações inter-setoriais – o que implica a ação de múltiplas instituições públicas e privadas – e evidenciam as interações entre o plano local, o estadual e o federal. Autores defrontados com a necessidade de superar problemas metodológicos da avaliação preconizam a importância de se buscar abordagens que permitam a identificação e a focalização rápida de temas. Para tanto, enfatizam o uso mais apropriado de resultados obtidos em investigações básicas ou em profundidade que, em geral, apontam para fatores de magnitudes diferentes associados ao fenômeno. Também salientam que é possível maior flexibilização de procedimentos, mediante o uso cuidadoso da triangulação de métodos, e apontam para as possibilidades que se abriram a partir da criação e da utilização de *softwares* voltados para a identificação de determinadas ocorrências que se repetem, ou não, como no bem-sucedido caso do geoprocessamento (BODSTEIN et al., 2004; PATTON, 2001; PAWSON; TILLEY, 1997; PAWSON, 2002). Em artigo sobre os limites e as possibilidades das abordagens atualmente mais empregadas, Dixon-Woods (2004) aponta para os avanços significativos observáveis em estudos de caso, principalmente aqueles voltados para avaliação de resultados, por intermédio dos chamados procedimentos rápidos de avaliação ou RAP, do inglês *rapid assessment procedures*.

Pawson (2002, p. 342) acredita que a síntese realista pode garantir uma base mais sólida para o conjunto de análises que se convencionou chamar de “baseadas em evidências”, pois por seu intermédio seria possível evitar os tropeços dos modelos causais e ontológico-normativos, bem como a tendência às generalizações presente nos estudos de programas e em suas práticas. Sua posição, em resumo, é que a síntese realista, que vem sendo usada nas ciências sociais nos últimos 30 anos e tem

seu lugar no pensamento filosófico, pode contribuir para a avaliação qualitativa de políticas públicas caso seja possível estender sua abordagem para este campo. Uma maneira causal de examinar a ação de um programa parte da premissa de que é ele, em si mesmo, que provoca mudanças. Pawson (2002) prefere ver a questão através de um outro prisma, de forma menos monolítica e menos prescritiva. Ele opta por examinar o programa como um potencial agenciador de mudanças, um “gerador de causas”, cujo impacto pode ser diferente de acordo com o lugar e o tempo. Para tanto, o autor considera necessário identificar os mecanismos que agem como mediadores entre as mudanças e os aspectos particulares do programa, presentes tanto na rationale de seus objetivos quanto em função de recursos destinados à sua implantação e implementação.

Por outro lado, a visão ontológico-normativa pressupõe a unidade absoluta do programa e, portanto, avalia um programa a partir da premissa de que ele é melhor à medida que todos os seus componentes forem aplicados na íntegra. Dentro da lógica da síntese realista, isso muda. Assim, o programa é visto a partir dos mecanismos “geradores de causas” nele presentes, notadamente aqueles que emergiram em contextos específicos. A questão da avaliação, nesse caso, é saber “o que funciona, para quem e em que circunstâncias” (PAWSON, 2002) ou “o que funciona” e “o que atrapalha” (BARNES; MATKA; SULLIVAN, 2003; SULLIVAN; BARNES; MATKA, 2002). O risco de generalizações diminui diante dessa abordagem. Assim, aspectos fundamentais da arena política, mais próximos da esfera da tomada de decisões, têm mais probabilidade de aparecer, evidenciando melhor a natureza dos conflitos e dos pactos, a ação dos grupos de interesse, os passos em direção à busca do consenso, os termos das negociações ou a incorporação de novas categorias profissionais para dentro do setor, para dar apenas alguns exemplos. A própria avaliação quantitativa já ultrapassou análises baseadas unicamente nos cálculos de custo/benefício. Por tal razão, autores que trabalham com eficiência, efetividade, acesso, adequação e outras dimensões de programas e serviços percebem a necessidade de abordagens que agreguem elementos mais explicativos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002; VIACAVA et al., 2004; VIACAVA, 2005).

Por intermédio dessa perspectiva ontológica, a síntese realista faz uma releitura da teoria da mudança (*theory of change*) e da teoria da ação (*action theory*) tal como as conhecíamos. A influência dessas linhas de pensamento é notável na confecção de planos, programas e projetos – principalmente a partir da década de 60 – que dão particular ênfase à lógica dualista (moderno/tradicional, desenvolvido/não-desenvolvido) que delas emanava. Tais planos apontam para fatores considerados necessários para um programa funcionar (*inputs*). Nesse sentido, sua correta combinação garante a implementação de atividades e processos. Num dado espaço de tempo espera-se que produtos sejam oferecidos (*outputs*) e que resultados (*outcomes*) de curto, médio e longo prazo sejam visíveis. O referido modelo foi pensado tanto para países quanto para a implantação de fábricas, serviços de saúde e escolas. O problema desse raciocínio repousa na ambição explicativa que, além de ocultar sua subjetividade atrás de uma cortina “racionalizadora”, confere ao plano mais do que o papel de planejar ações: confere-lhe o papel de “alavancar” o progresso.

Quando as ciências sociais fizeram a crítica ao modelo dualista, a idéia que prevaleceu, logo em seguida, foi a noção de que era quase impossível efetuar avaliações qualitativas em tempo curto e com validade. A rejeição foi tão grande que aspectos positivos e aspectos negativos foram igualmente descartados. Com isso, o fato de o planejamento manter seus componentes de *outputs*, *inputs* e *outcomes* deixou de atrair, durante certo tempo, o seletivo grupo de teóricos. Não se pretende detalhar aqui todas as circunstâncias e todos os passos que foram dados para que, a partir de um dado momento, comessem a surgir propostas teóricas e metodológicas no campo da avaliação qualitativa compatíveis com o avanço do conhecimento na área das ciências sociais. O fato é que pouco a pouco os textos deixaram de ser “crítico-reativos” e passaram a ser “crítico-propositivos”, refletindo os esforços dos autores em criar modos de acompanhamento de políticas públicas. Atualmente, na área da Saúde, no Brasil e no exterior, há grande interesse em estudos voltados para a equidade, a cidadania e o controle social

(BODSTEIN et al., 2004; DENIS; CHAMPAGNE, 1997; MARK et al., 2000; MILES; HUBERMAN, 1994; MINAYO, 2005; MOHR, 1999; PATTON, 1989, 1994, 2001; PAWSON, 2002; PAWSON; TILLEY, 1997; POTVIN, 1996, ROTHMAN, 1998, 2001; SMALING, 2002; SULLIVAN; BARNES; MATKA, 2002; SULLIVAN; JUDGE; SEWELL, 2004). As dificuldades epistemológicas continuam, porque os fenômenos continuam sendo complexos, informados por várias teorias, dotados de múltiplas perspectivas e com muitos interesses envolvidos. Entretanto, esse é um problema do conhecimento científico como um todo e não apenas das ciências sociais, pois qualquer análise tem, em última instância, o *imprint* da ação humana e, portanto, as questões de validade, objetividade e confiança na área da investigação já deixaram de ser “naturalmente” mais problemáticas no reino das ciências humanas.

“Lições aprendidas” (*learned lessons*) e “boas práticas” (*best practices*) foram noções resultantes de avaliações qualitativas. Posto de forma simples, isto quer dizer que os estudos voltados para a compreensão desses aspectos consideram que é necessário identificar, dentro de um programa, ações e processos que sejam plausíveis, compatíveis com os objetivos traçados, baseados em registros e documentos, executados a partir de certos patamares, desencadeados em função da proposta e portadores de fortes indícios que apontem para o fato de que contribuíram para mudar e melhorar a situação de vida das pessoas num dado contexto. Com isso, um certo fatalismo estrutural é afastado, permitindo que fatores anteriormente invisíveis sejam observados e levados em conta. A expressão “boas práticas” – conforme usado em português – talvez tenha sido, desde sempre, a mais apropriada, uma vez que os autores estão abandonando a noção de *best practices* em favor da noção de *better practices*, eliminando, assim, a idéia implícita de um padrão-ouro e fortalecendo a lógica de que um programa – na interface com os contextos em que se desenvolve – pode fornecer várias “boas” práticas e não apenas uma “melhor” (PATTON, 2001, p. 565-566).

FOCO DO ESTUDO

Como já mencionado, este trabalho de consulta tem um porte circunscrito, sendo seu principal objetivo proceder ao levantamento de questões que futuramente pudessem ser aprofundadas e combinadas com outros desenhos de pesquisa. Estudos de curto período, como este, oferecem vantagens no seu escopo exploratório e na geração de subsídios para a avaliação, uma vez que possibilitam retorno rápido de resultados e construção de novas hipóteses. Por sua vez, a opção por abordagens qualitativas ajuda a superar deficiências eventualmente ocasionadas pelo número limitado de entrevistados, seja pelo aprofundamento possibilitado pela lógica da argumentação nas entrevistas ou pela perspectiva mais abrangente em relação ao fenômeno (CRESSWELL, 1998, 2003; GREENE, 1994; LINCOLN; GUBA, 1994; MAXWELL, 1996).

Uma das preocupações deste trabalho, portanto, foi a de se beneficiar de alguns avanços feitos em relação ao levantamento de “boas práticas”. Partindo-se do pressuposto de que esta é uma noção subjetiva, contextualizada e sensível ao fator temporal, a primeira questão era onde ou com quem se deveriam buscar respostas sobre pontos relativos à implementação dos sistemas de informação em saúde. Os estudos que versam sobre “boas práticas” preconizam que tais pontos encontram-se equacionados de forma mais eficaz entre os responsáveis pela implementação da atividade. Contudo, há corolários a essa afirmação, sendo que um deles é que usuários – ou clientes – devem ser consultados quando o envolvimento deles na implementação do programa for considerado essencial para a obtenção de bons resultados. O outro é que agentes situados no nível intermediário das ações – caso dos técnicos e gestores – são fundamentais para apontar as dificuldades entre o ideal e a realidade, entre a teoria e a prática. Ou seja, numa dada situação, o contexto e as configurações que estão sendo examinadas, assim como as formas de relação e comunicação envolvidas, são essenciais à análise. A interação tanto com os executores dos programas quanto com aqueles que constituem seu foco

é vista como enriquecedora no que se refere aos aspectos ligados à sua formulação, à identificação de seus componentes, à sua implementação, aos seus usos e à sua avaliação, pois permite que uma gama maior – e certamente mais informada – de medidas seja acionada em termos mais dinâmicos (CANADIAN TOBACCO CONTROL RESEARCH, 2002, p. 10; PAWSON, 2002; RAOUL, 2005, p. 49).

Dentro desse espírito, este trabalho, desde o início, discutiu e acatou idéias de várias pessoas consideradas relevantes para o delineamento da consulta: técnicos do Ministério que ocupam postos com diferentes níveis de decisão, situados em departamentos no Rio de Janeiro e em Brasília, profissionais do Departamento de Informação e Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Universidade de Brasília (UnB), membros da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), pesquisadores que são usuários freqüentes dos sistemas e os representantes da Opas para a questão de informação. Ao todo, cerca de 30 pessoas participaram de seis encontros, que serviram para estabelecer as diretrizes do trabalho de consulta.

COLETA DE DADOS

A partir das reuniões citadas, saiu fortalecida a decisão de que os dados deveriam ser coletados mediante entrevistas e os consultados deveriam ser escolhidos entre pessoas que se enquadrassem no seguinte perfil: pessoas que contribuíram para a criação do sistema e/ou que estiveram trabalhando nele desde sua implantação, no caso do plano estadual e municipal; gestores atuais do sistema; usuários do sistema localizados em instituições de ensino e pesquisa; usuários do sistema que operem nos conselhos de saúde.

Cuidados deveriam ser tomados para que as consultas se estendessem para todo o território nacional, a fim de evitar qualquer *bias* que pudesse ser causado pela hegemonia das regiões Sudeste e Sul – que concentram estados e municípios com maior PIB, bem como um maior número de universidades e institutos de pesquisa – e do Distrito Federal, onde estão localizados os principais centros de decisão do país.

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Idealizadores

Foi consenso que algumas pessoas, cujas biografias profissionais constituem referências do processo de concepção e implantação dos sistemas de informação no país, fossem consultadas. Trata-se de profissionais que protagonizaram iniciativas e arregimentaram esforços acadêmicos, políticos e técnicos no sentido de assegurar a importância de tais sistemas junto aos poderes públicos.

Nesse contexto, quatro pessoas consideradas idealizadoras foram escolhidas e acederam em nos receber, pelo que lhes somos extremamente gratos. Tais indivíduos ocuparam inúmeros cargos públicos no país e seus nomes estão indelevelmente associados à idealização, à criação e à implantação tanto dos sistemas de saúde quanto do DATASUS e da Ripsa. Estão em atividade no serviço público há mais de 40 anos, freqüentemente participam de fóruns internacionais, representando o Brasil, e desempenham atividades na Opas e na Organização Mundial da Saúde (OMS).

Gestores

Entende-se por gestores dos sistemas os profissionais responsáveis por fazer cumprir a lei no que se refere a receber, analisar, enviar e divulgar os dados de saúde no país, nos três níveis: federal, estadual e municipal.

Além de pessoas diretamente ligadas à gestão dos serviços de informação, o estudo procurou incluir algumas que ocupam cargos que dependem de informações para se orientar na tomada de decisões, tais como profissionais ligados ao planejamento das ações ou ligados a programas específicos, que poderiam esclarecer questões sobre a utilização que fazem dos sistemas e sobre o DATASUS.

Catorze pessoas com esse perfil foram selecionadas para consulta: sete do plano federal, cinco do estadual e duas do municipal. O estudo teve como critério a seleção de pessoas que apresentassem um histórico de atuação na área de informação, na qualidade de gestores, não importando a condição de terem sido recentemente afastadas ou de não contarem com estabilidade futura nessa posição.

Resultou que, das pessoas escolhidas, quase todas ainda permaneciam em seus cargos de gestão. Apenas uma delas declarou que havia se transferido para a universidade, isto é, deixou a atividade de serviços e apenas presta consultoria ao Estado. Outras duas ampliaram suas atividades, passando a atuar simultaneamente em universidades e instâncias governamentais ligadas à gestão de sistemas de informação em saúde.

Na seleção dessas pessoas também foi considerado importante que algumas delas, com perfil de gestor, pertencessem aos quadros da Ripsa, e este é o caso de duas delas. Foi igualmente pertinente que pelo menos um dos integrantes dessa categoria de consultados pertencesse aos quadros do DATASUS, e isso ocorreu. Muitas das pessoas selecionadas para o estudo, independentemente das categorias, fazem parte da Ripsa ou a freqüentam na qualidade de técnicos. Entretanto, como ela é uma rede interagencial, que reúne técnicos de outros setores para além da Saúde, foi considerado importante que pelo menos um profissional, externo ao setor Saúde, fosse ouvido. Assim sendo, foi selecionado para consulta um representante do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Pesquisadores

Foram assim definidas pessoas que desempenham atividades de ensino e pesquisa e cujas linhas de investigação exigem uso constante de dados dos sistemas de informação em saúde para a produção de artigos, teses, consultorias e avaliação. Tal grupo é, possivelmente, o grupo que mais utiliza os dados tanto do DATASUS como os dados dos vários sistemas de informação para fins de comparação.

Quatro pessoas foram selecionadas a partir de uma vasta lista de investigadores que têm, consistentemente, estudado os sistemas de informação no país. Os critérios que incidiram na composição da lista foram: não incluir pessoas que participaram dos grupos das discussões iniciais deste projeto; não incluir pessoas que ficaram incumbidas de produzir artigos para outra atividade relacionada com este mesmo projeto; e, finalmente, dar preferência às pessoas que poderiam ser consultadas no período de 30 dias dedicado ao trabalho de campo.

Assim sendo, a composição desse conjunto de entrevistados compreendeu quatro pessoas que atuam em instituições de pesquisa de reconhecido prestígio, orientam teses e publicam sobre esse tema há mais de 10 anos. O foco de estudos de todas elas está centrado nos sistemas contemplados neste estudo: SIM, Sinasc, Sinan e SIH. Todos os integrantes dessa categoria de entrevistados são freqüentemente solicitados para compor comissões, dar consultoria e/ou assessoria em agências situadas nas esferas de administração municipal, estadual e federal do setor Saúde, seja no plane-

jamento de ações, seja na esfera dos serviços. Dois deles tiveram passagens pelos serviços, sendo que um ocupa cargo na área de gestão neste momento, sendo responsável pela investigação e pela análise de dados em nível estadual, e um deles é membro da Ripsa.

Conselheiros de Saúde

O Sistema Único de Saúde legitimou a instância dos conselhos de saúde em todos os seus níveis de decisão. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) funciona em Brasília e, quanto aos conselhos estaduais e municipais, o projeto *“Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil”* (RASGA; ESCOREL, 2005) identificou cerca de 5.500 deles em nível nacional. Assim sendo, foi considerado fundamental que conselheiros fossem ouvidos para que se conhecesse sua visão sobre os dados disponibilizados pelo DATASUS, a utilização que é feita deles e seu significado para a ação de controle social do SUS.

Foram escolhidos cinco conselheiros para o estudo. Dois deles integram comissões técnicas do Conselho Nacional de Saúde e foram indicados pelo próprio CNS para que fossem entrevistados. Um deles tinha uma vasta experiência anterior junto aos conselhos municipais e estaduais em Minas Gerais e, hoje em dia, trabalha numa das comissões intersetoriais do CNS. O outro tinha vivência no plano estadual, tendo participado da fundação de uma associação de autistas antes de ser chamado para o CNS.

Os demais três conselheiros (dois municipais e um estadual) foram selecionados após uma consulta ao Índice de Estrutura Física e Equipamento, criado pelo projeto *“Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil”* (RASGA; ESCOREL, 2005). Entre outros itens, tal índice permite saber se os conselhos têm sede ou local de reunião, se possuem computadores e se estão conectados à *internet*. Foi dada preferência aos conselhos que mostrassem sinais de regularidade em seu funcionamento (reuniões periódicas e eleições de conselheiros, por exemplo). A coordenação do projeto nos deu uma lista de seis locais. A escolha de três deles deveu-se, principalmente, à sua localização: Campina Grande (Paraíba), Londrina (Paraná) e Marabá (Pará). Todos tinham trajetórias de atuação em movimentos de reivindicação na área da Saúde. Um deles era secretário de saúde e os dois outros haviam trabalhado em assuntos ligados à saúde da mulher e na implementação de conselhos em seus respectivos estados.

QUADRO GERAL DOS ENTREVISTADOS

Ao todo, 27 pessoas foram entrevistadas em sete estados, mais o Distrito Federal. Destas, 14 eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, conforme se vê no quadro 1.

Quadro 1. Número de entrevistados conforme estados e categoria no estudo.

Locais	Idealizadores	Gestão	Pesquisadores	Conselheiros	Total
Brasília (DF)	2	7*	1	2	12
Pará	-	-	-	1	1
Paraíba	-	-	-	1	1
Paraná	-	-	-	1	1
Pernambuco	-	1	-	-	1
Rio de Janeiro	1	1	2	-	4
São Paulo	1	2	1	-	4
Rio Grande do Sul	-	3	-	-	3
Total	4	14 **	4	5 ***	27

(*) Duas das pessoas selecionadas trabalham em departamentos federais localizados na cidade do Rio de Janeiro.

(**) Dos 14, 7 atuam em nível federal, 5 em nível estadual e dois em nível municipal.

(***) Dos 5, 2 atuam no Conselho Nacional de Saúde e 3 atuam em conselhos municipais.

CASOS ESTUDADOS

O estudo não poderia contemplar todos os sistemas de informação em saúde do país. Por esse motivo, a coordenação do projeto optou por selecionar quatro deles: o Sistema Nacional de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), o Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Os coordenadores do projeto também consideraram que seria importante incluir como parte da experiência brasileira sobre informação em saúde o projeto de disseminação de dados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). O DATASUS é órgão da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e tem como responsabilidades coletar, processar e disseminar informações em saúde. Quanto à Ripsa, seu propósito é promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, objetivando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002, p. 14). De acordo com o representante da Opas, trata-se de iniciativa única na América Latina, sendo importante que ela figure num estudo como este.

CONSTRUÇÃO DOS ROTEIROS DE ENTREVISTAS

As discussões exploratórias também serviram para indicar se o estudo focalizaria o desenvolvimento dos sistemas nos últimos 20 anos, sem ênfase em nenhum aspecto particular deles, ou se ele se deteria num ou outro aspecto considerado mais relevante. Penchansky e Thomas (1981), por exemplo, focalizaram sua análise no acesso, na disponibilidade, na alocação apropriada, na viabilidade e na aceitação dos sistemas de informação, sendo que, em seus estudos, a percepção do usuário e a questão dos custos envolvidos têm bastante destaque. O estudo de Black (2005) também contemplou esses aspectos e incluiu, ainda, as questões de adequação, financiamento e privacidade. A Organização das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1994), por sua vez, estabelece dez princípios fundamentais que devem ser observados nas informações estatísticas oficiais: ética profissional, solidez científica, imparcialidade, transparência, consistência, eficiência, coordenação e colaboração. A Ripsa (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002) também aponta para determinados aspectos que garantem excelência aos indicadores: validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, mensurabilidade, relevância, custo-efetividade, consistência interna e comparabilidade.

As consultas prévias indicaram que, tanto para atender aos objetivos do estudo quanto para cumprir com o prazo estabelecido, seria aconselhável que as pessoas fossem consultadas sobre a implantação e o funcionamento dos sistemas como um todo, sem aprofundar nenhum aspecto em particular dos mesmos. Os roteiros foram construídos tendo esta decisão como norteadora. Sua confecção se beneficiou de vários estudos feitos no país, notadamente o de Laurenti et al. (2000) e o Manual de Procedimentos sobre Mortalidade (BRASIL, 2001b) sobre o SIM; o de Mello-Jorge et al. (1992) sobre o Sinasc; o de Glatt (2004), com ênfase apenas nas informações sobre aids; o de Laguardia et al. (2004) e o Guia de Vigilância Epidemiológica da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (BRASIL, 2001d, 2001e; BRASIL; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001), sobre o Sinan; os textos de Lessa et al. (2000), de Levcovitz e Pereira (1993) e o Manual do Sistema de Informações Hospitalares (BRASIL, 2001c), sobre o SIH. Sobre o funcionamento dos sistemas, dos indicadores utilizados e das formas de cálculo, foram importantes as leituras de Mota e Carvalho (2003), Ripsa (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002), Szwarcwald et al. (2002) e Viacava (2005). Foram de inestimável valor as consultas feitas junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), por intermédio de seu portal,

bem como ao portal do DATASUS (BRASIL, 2005), a partir dos quais é possibilitado o acesso aos sistemas de informação no que se refere à data de criação, à legislação e aos objetivos que devem cumprir. Igualmente importantes foram as informações oferecidas pelo portal da Opas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005), por intermédio do Regional Core Health Data Initiative (Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde).

Os estudos voltados para os casos nacionais – sem exceção – apontam para os avanços feitos na última década, principalmente no que se refere aos dados de nascidos vivos (Sinasc) e de mortalidade (SIM), bem como aos esforços de disponibilização que o DATASUS empreendeu. Entretanto, mesmo no caso do Sinasc e do SIM, há problemas, pois os avanços ainda não se estenderam para todo o território nacional, e alguns dados continuam sendo mal preenchidos – notadamente os econômico-sociais – mesmo nas regiões Sul e Sudeste do país, onde se registrou maior progresso. As publicações também apontam para a ação da Ripsa, que, num esforço de padronização, logrou sistematizar uma matriz de indicadores básicos devidamente definidos e divulgá-los juntamente com as formas de cálculo dos indicadores de saúde em uso no Brasil. Nas discussões prévias com os grupos, predominava a idéia de que o Brasil já esteve “pior” na questão, “melhorou” na última década e, se algumas medidas não forem tomadas, poderá “estagnar” ao longo dos próximos anos.

No que se refere às medidas que devem ser tomadas, não houve consenso. As críticas mais severas foram dirigidas ao Sinan e ao SIH. Tais críticas apontaram para a idéia de que a superação das dificuldades experimentadas com esses sistemas – algumas bem conhecidas – requer vontade política e uma grande dose de pactuação, mais do que apenas alocação de recursos. O grande problema do Sinan, por exemplo, reside no fato de ser um sistema que engloba todos os agravos de saúde da vigilância epidemiológica. Sendo assim, é difícil informar sobre dados para o país como um todo, em tempo hábil e com garantias de solidez, uma vez que o sistema depende de estados, municípios e serviços que têm diferentes graus de organização e de recursos para atuar. O SIH, por sua vez, constitui um sistema essencialmente formulado para fins de faturamento, o que implica inúmeras limitações na sua utilização para além do âmbito relativo a procedimentos de serviços e custos. Há controvérsias sobre a possibilidade de geração de informações adequadas segundo a lógica do acompanhamento epidemiológico.

Os roteiros elaborados para a condução das consultas procuraram contemplar questões dessa natureza com o objetivo de saber os pontos de consenso e de divergência, principalmente entre, de um lado, os conteúdos da literatura científica e dos documentos oficiais e, de outro, o pensamento das pessoas que utilizam os sistemas ou são responsáveis pela sua gestão. A expectativa era que a discussão sobre “o que está bem” ou “funciona”, “o que precisa ser melhorado” ou “atrapalha”, e como o futuro é percebido, pudesse vir a oferecer pistas ou sugestões para estudos mais focalizados.

O estudo contou com seis entrevistadores: três médicos, um nutricionista, um jornalista e um sociólogo, três homens e três mulheres, todos com pós-graduação *stricto sensu* na área de Saúde, além de experiência profissional na área, incluindo o desempenho da função de coordenação em diferentes capacidades. A seleção dos entrevistadores levou em conta que as pessoas consultadas compõem um grupo de *experts* e, assim sendo, foi considerado que para o bom rendimento das entrevistas, isto é, para uma interação aprofundada entre entrevistadores e entrevistados, os primeiros deveriam ser bem preparados em relação aos sistemas e às demais questões em pauta.

Os entrevistadores participaram das discussões sobre os roteiros e, dessa forma, se familiarizaram com o conjunto deles, o que facilitou o entendimento sobre os objetivos do estudo. De maneira geral, foram aconselhados a não encorajar a pessoa consultada a falar sobre outros sistemas e, por outro lado, a não interrompê-la nas ocasiões em que isso se desse, anotando o que fosse interessante e voltando o mais breve possível ao tema da entrevista. Também lhes foi recomendado que recebessem de bom grado toda e qualquer publicação, brochura, informe ou similar que o entrevistado lhes oferecesse. Se a pessoa fizesse algum esquema ou desenho (fluxo, hierarquia) diferente do conhecido, os entrevi-

tadores deveriam indagar se podiam ficar com ele ou tentar fazer um similar. Também foi muito recomendado que – na condução da entrevista – o motivo da inclusão da pessoa no estudo fosse levado em conta, ou seja, seu papel histórico, sua experiência de gestão, de pesquisador ou conselheiro.

Os quatro roteiros voltados para o SIM, o Sinasc, o SIH e o Sinan obedeceram à padronização mostrada a seguir.

1. Período inicial do sistema. O tema foi abordado mediante um núcleo de questões referentes à sua criação, implantação e aos principais fatos em torno dos primeiros anos de existência. As datas das leis, portarias e resoluções relevantes para o sistema estavam contidas no roteiro. O objetivo da entrevista não era sabatinar o entrevistado, mas sim captar suas idéias sobre como o sistema funcionava no início, os problemas que enfrentou e como foram superados.

2. Procedimentos para preenchimento. Tais informações foram recolhidas mediante questões em torno do preenchimento da declaração de óbito (DO) para o SIM, da declaração de nascido vivo (DN) para o Sinasc, das folhas de dados para o SIH e dos dados e comunicados para o Sinan. Os preenchimentos desses dados foram ordenados de acordo com leis, resoluções e portarias que constavam – de forma resumida – no roteiro. Nessa parte da entrevista, a intenção era conhecer as idéias do entrevistado sobre tais procedimentos, sobre as omissões mais freqüentes, sobre fatos em torno de informações de eventos hospitalares e não-hospitalares, sobre o preenchimento feito pelo médico e sobre o trabalho desempenhado por outros profissionais.

Para cada sistema foi dada uma ênfase diferente criada a partir da literatura e das idéias lançadas pelo grupo de discussão. Por exemplo, no caso do SIM foi dada ênfase não apenas às questões de mortalidade infantil, mortalidade materna e tipo de assistência associada ao evento da morte, mas também à questão da identificação da causa básica de óbito em outras faixas etárias.

No caso do Sinasc, procurou-se discutir as dificuldades encontradas no preenchimento de dados referentes à idade materna, aos filhos anteriores, ao número de filhos mortos, à cor da pele, à escolaridade materna, à ocupação e ao estado civil da mãe, dados que tendem a ser mal informados.

No caso do Sinan, houve interesse em conhecer as idéias dos entrevistados sobre alguns pontos que sempre são mencionados sobre ele: o formato modular do sistema, as dificuldades decorrentes de ter de registrar diferentes categorias e tipos de agravos e as complexidades existentes tanto no caso das doenças crônico-degenerativas quanto no dos acidentes de trabalho.

No caso do SIH, houve interesse em consultar as pessoas sobre: (1) a validade das informações para uso epidemiológico, uma vez que o sistema foi concebido para alimentar o sistema de pagamento; (2) a falta de informação sobre internações financiadas pelo setor privado; (3) os tipos de problemas decorrentes da pré-fixação de tetos tanto para estados e municípios quanto para hospitais de grande porte; e (4) a capacidade do sistema de detectar distorções no registro de informações. Dadas as dificuldades existentes, tais como o preenchimento irregular, a contagem cumulativa ou o sazonalidade da ocorrência das doenças *vis-à-vis* a cota fixa de séries numéricas do AIH, para citar algumas, houve interesse em saber como o entrevistado contorna o problema.

3. Procedimentos para encaminhamento e consolidação dos dados. A abordagem dessas questões no roteiro objetivou auscultar as pessoas sobre a eficiência das instâncias envolvidas no processo e conhecer seus pontos de vista sobre a “morosidade do sistema”, expressão freqüentemente ouvida quando se fala de informações no país. Também houve interesse em saber se os usuários recorrem a formas alternativas de cálculo para efetuar suas investigações, para tomar decisões nas áreas de planejamento e vigilância epidemiológica ou para levar adiante atividades em defesa da cidadania.

No caso do Sinan, procurou-se saber como o entrevistado percebe a divulgação tardia dos dados em relação à época da ocorrência do agravo e, principalmente, entre os pesquisadores e to-

madores de decisão, seu acesso junto à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), antes que sejam oficialmente divulgados.

No caso do SIH, houve interesse em conhecer as idéias sobre problemas decorrentes da cobertura do sistema, que não inclui internações do setor privado, do pagamento direto e dos planos de saúde. Procurou-se saber – principalmente entre os usuários – quais os artifícios que utilizam para superar as deficiências do sistema.

4. Considerações sobre o funcionamento do sistema na última década. Tanto a literatura quanto as pessoas que trabalham com os sistemas concordam que houve melhorias ocorridas nesse período provocadas – principalmente – pelos seguintes fatores: mudanças de fluxo, monitoramento descentralizado do sistema e uma política de saúde que deu prioridade à atenção básica. Por outro lado, também se sabe que estados das regiões Norte e Nordeste ainda enfrentam problemas que datam de períodos anteriores à década de 90. Os dados referentes à situação nas capitais também são melhores do que os de outras localidades do estado, qualquer que seja a região. Esse conjunto de quesitos procurou aprofundar tais questões com os entrevistados e saber a visão que têm sobre tal situação.

5. Variáveis. Cada sistema possui um conjunto de variáveis que devem ser devidamente preenchidas e fornecidas quando o óbito (SIM), o nascimento (Sinasc), o agravo (Sinan) e o evento hospitalar (AIH) ocorrem. As questões formuladas procuram focalizar os tipos de dificuldades relativos ao manejo dessas variáveis no que concerne ao seu nível de compreensão, bem como a posição do entrevistado sobre variáveis que deveriam entrar ou sair dos protocolos de registro. Também houve interesse em conhecer as avaliações dos entrevistados sobre as razões de freqüentes omissões, por parte dos serviços e dos profissionais, que afetam a qualidade dos dados.

Outro ponto focalizado refere-se aos estudos oriundos da academia que demandam informações de caráter socioeconômico, a fim de se analisar a mortalidade de acordo com diferentes grupos populacionais e, assim, aprofundar suas análises sobre a equidade em saúde. Os pesquisadores argumentam que a única possibilidade de analisar as desigualdades e o acesso aos serviços é quando se conhece a situação geográfica dos atendimentos, nascimentos e óbitos. Assim sendo, houve interesse em ouvir as considerações dos entrevistados sobre as dificuldades no preenchimento das variáveis “sociais” *vis-à-vis* as “biológicas”.

O Comitê de Mortalidade da Ripsa recomendou que, nos sete estados que atingiram a cobertura de 90% no Sinasc e 80% no SIM, se efetuasse o cálculo da mortalidade infantil por meio do método direto. Nas discussões prévias realizadas para este estudo foi explicitado, pelos participantes que integram o DATASUS, que aumentou o número de gestores estaduais que demandam meios para aplicar o mesmo procedimento em seus locais. Houve interesse em discutir esse tópico com os entrevistados e auscultá-los sobre as probabilidades de isso vir de fato a ocorrer.

No caso específico do SIH, houve interesse em saber, de acordo com a posição do entrevistado, qual instrumento de disseminação de dados é mais utilizado (CD mensal ou anual), bem como o uso que é feito das informações. Há outras duas questões recorrentes sobre as quais tínhamos interesse em ouvir os entrevistados. A primeira delas diz respeito ao cotejo dos registros de óbitos hospitalares no SIM e no SIH, por uma mesma causa, considerando-se que a concordância é, às vezes, muito pequena. A segunda refere-se ao grau de plausibilidade esperado em relação a dois tipos de informação: 1) os diagnósticos baseados nos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID); e 2) os dados gerados pelos procedimentos que autorizam a internação, ou seja, os diagnósticos de admissão e alta hospitalar.

O Sinan também tem suas particularidades, uma vez que a necessidade do desencadeamento imediato de ação possibilita que os dados sejam enviados o mais rapidamente possível, ficando sua

crítica para um segundo momento. Além disso, é um sistema complexo, pois opera com sete tipos de notificação: 1) notificação compulsória, que engloba um número de doenças em constante variação (35 a 40); 2) notificação negativa, ou seja, a não-ocorrência de doenças de notificação compulsória; 3) notificação de surtos, que se refere aos casos epidemiologicamente vinculados de agravos inusitados, agrupados por síndromes; 4) notificação de casos agregados constituindo situação epidêmica, relativa às doenças que não constam da lista de notificação compulsória; 5) notificação de casos agregados de doenças, concernente aos casos que constam da lista, mas cujo volume de ocorrências inviabiliza o registro individualizado; 6) notificação imediata, que inclui um número variável de agravos (11 ou 12 em geral) que constam da lista de notificação compulsória, mas cuja natureza torna obrigatória sua notificação, ainda que sejam apenas casos suspeitos; e 7) notificação de casos confirmados, relativa à pólio, ao sarampo e ao tétano neonatal, agravos que também constam da lista dos compulsórios, mas que necessitam de confirmação. Tal complexidade do Sinan o coloca em posição vulnerável. Por tal razão, o estudo interessou-se em ouvir as pessoas sobre a capacidade do sistema para atender o que está estabelecido em seus propósitos.

Outro ponto de interesse era saber se a ênfase na atenção básica e em determinados programas, como o Saúde da Família, trouxe benefícios para o sistema.

6. Procedimentos para divulgação dos dados. O DATASUS desenvolveu um *software* (TabWin) por intermédio do qual os dados podem ser tabulados em formatos compactados que não exigem grandes recursos tecnológicos por parte dos usuários. O TabWin é visto como um importante salto qualitativo, no que se refere ao acesso, realizado nestes últimos 20 anos. Atualmente, é utilizado um tabulador – TabNet – para tabulação de dados desses sistemas na internet. Houve interesse em saber se o entrevistado utiliza esse recurso e o que pensa dos indicadores existentes. Ao mesmo tempo, o entrevistado também deveria ser consultado sobre a qualidade da informação, a facilidade de acesso, a busca e as formas de utilização dos TABs. Suas idéias sobre avanços que devem ser feitos nos próximos anos também deveriam ser ouvidas.

Quanto ao Sinan, a base de dados do sistema não está disponível pela internet até a época das entrevistas. A SVS analisa os dados em conjunto com os obtidos por outras vias, e a divulgação de informações relevantes consta do seu Boletim Epidemiológico. Levando-se isso em conta, as questões para os entrevistados seguiram o mesmo esquema do SIM.

No caso específico do SIH, certos indicadores são disponibilizados de forma sistemática, com defasagem de dois meses a partir da data de internação, por meio de CD mensal ou via internet. Desses indicadores fazem parte os seguintes: tempo médio de permanência geral ou por causa específica; valor médio da internação geral ou por causa específica; proporção de internação por causa ou procedimento selecionado; utilização de UTI; e mortalidade hospitalar geral por causa específica ou procedimento específico. Houve interesse em ouvir os entrevistados sobre esses indicadores, a necessidade de inclusão de outros e como eles avaliam a capacidade de resposta do sistema.

7. Pontos fortes, pontos fracos e recomendações gerais. Para concluir a entrevista, foi solicitado ao entrevistado – principalmente nos casos em que isso não tenha ficado evidente – que apontasse para pontos fortes e fracos do sistema sobre o qual ele havia sido consultado.

O roteiro para os conselheiros consistiu dos tópicos apresentados a seguir.

1. Infra-estrutura do Conselho. Este núcleo de questões auscultou os conselheiros sobre a disponibilidade real de acesso à internet, a propriedade do equipamento e as condições de manutenção.

2. Conhecimento sobre o DATASUS. Como este é o órgão que disponibiliza dados de saúde, houve interesse em saber, neste núcleo da entrevista, se o conselheiro sabe o que é o DATASUS, o lugar que ocupa na estrutura governamental e se reconhece a legitimidade, a autoridade e a responsabilidade do referido departamento.

3. Conhecimento das informações disponibilizadas pelo DATASUS. Houve interesse em saber o conhecimento que o consultado tem sobre toda a gama de informações fornecidas, via internet, pelo DATASUS: indicadores de saúde, indicadores da rede assistencial, indicadores de morbidade e informações epidemiológicas, estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos), indicadores de recursos financeiros e informações demográficas e socioeconômicas. Além de conhecê-los, houve interesse em saber quais informações são mais utilizadas pelo conselheiro e para quais fins.

4. Satisfação e dificuldades encontradas. Como mencionado anteriormente, há um consenso sobre a constatação de que, ao longo das últimas décadas, o DATASUS fez um enorme progresso no sentido de disponibilizar informações, tornando possível seu acesso e sua tabulação a qualquer usuário interessado. O TabDos foi a primeira versão oferecida e, na última década, evoluiu para o TabWin e o TabNet. Levando-se isso em consideração, este núcleo do roteiro de entrevistas procurou saber: o grau de satisfação demonstrado pelo conselheiro; se o uso dos dados aumentou ou diminuiu com as inovações; quem – no Conselho – é o usuário mais freqüente e para que o utiliza; as dificuldades que o conselheiro encontra e como as resolve; se o Conselho encaminhou sugestões para o DATASUS; e o que foi feito para superar o problema.

A concepção do DATASUS, no que se refere ao desenvolvimento de ferramentas para uso dos sistemas de informação, permite ao usuário um amplo grau de liberdade na combinação e apresentação de variáveis. Tal concepção tem sido objeto de debates. Nesse sentido, os consultados foram instados a fornecer suas idéias sobre as vantagens e desvantagens de tal concepção. Também houve interesse em saber se o conselheiro conhecia outras instituições de saúde, no local, que recorrem rotineiramente às informações do DATASUS. Em caso de erros nas informações, houve interesse em saber a quem ele atribuiu a responsabilidade: ao sistema de notificação, aos falsos dados da prefeitura, ao DATASUS ou ao que seja.

Um outro aspecto focalizado refletiu a preocupação em saber se o conselheiro tinha alguma noção do papel estratégico do DATASUS ao disponibilizar desta forma as informações, no sentido de redirecionar o sistema de estatística, promover a cooperação entre diferentes agências e transformar os dados em informação de utilidade para o setor e para o país, ampliando as possibilidades de controle social.

O roteiro para as consultas junto ao DATASUS consistiu dos tópicos apresentados a seguir.

1. Inserção do DATASUS no Ministério da Saúde. Este núcleo do roteiro teve por objetivo saber, dos entrevistados, se eles consideram adequada a localização do DATASUS junto à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, onde está desde 1998, e se há satisfação quanto ao grau de autonomia, autoridade e responsabilidade que o órgão desfruta.

2. Desenvolvimento na última década. Atualmente, o DATASUS disponibiliza os dados do SIM, do Sinasc e do SIH por intermédio do TabWin e do TabNet. Dada a natureza do Sinan, que agrega vários sistemas, algumas informações dele dependentes estão em constante descompasso, em virtude do intervalo entre a data de disponibilização e a data de ocorrência do evento, além do fato de o Sinan não operar no formato TAB. Assim sendo, houve interesse em consultar os entrevistados sobre o que está sendo feito para melhorar a atualização dos dados e se as dificuldades encontradas pelos usuários são conhecidas.

No que se refere ao desenvolvimento das ferramentas de tabulação de dados, estas permitem ao usuário amplo grau de liberdade na seleção e no cruzamento das principais variáveis, bem como a ampla disseminação dos dados pela internet, desagregada por município. Isso contribui para melhorar o preenchimento e a notificação. Porém, tal divulgação pode, por outro lado, induzir as prefeituras a fornecer informações distorcidas a fim de obter ganhos financeiros, conforme já foi denunciado. Dessa

forma, também houve interesse em se aprofundar a entrevista sobre tal questão, a fim de que fossem conhecidas as vantagens e as desvantagens dessa concepção “aberta” de divulgação de dados.

3. Informações disponibilizadas pelo DATASUS. As informações fornecidas pelo DATASUS, via internet, estão abrigadas sob as seguintes rubricas: Indicadores de Saúde; Indicadores de Assistência à Saúde; Indicadores da Rede Assistencial; Indicadores de Morbidade e Informações Epidemiológicas; Estatísticas Vitais/Mortalidade e Nascidos Vivos; Indicadores de Recursos Financeiros; e Informações Demográficas e Socioeconômicas. Houve interesse em ouvir os entrevistados a respeito da tomada de decisão acerca de quais informações incluir e não incluir, a respeito da maneira como é realizado o “controle de qualidade” da informação que chega, sobre as possibilidades de se montar um sistema de crítica, bem como saber se os eventuais problemas identificados pelos entrevistados estão sendo enfrentados, como, por exemplo, a atualização dos dados e a inclusão de variáveis sociais.

4. Papel estratégico do DATASUS. Foi considerado que esta questão poderia constar de quaisquer dos núcleos do roteiro e, por isso, os entrevistadores foram alertados para abordar os pontos de vista dos entrevistados sobre o “lugar ideal” do DATASUS no organograma do Ministério da Saúde e sobre o papel estratégico que ele cumpre no direcionamento do sistema de estatística, na cooperação com outras agências de informação (IBGE e centros de investigação, por exemplo) e na transformação dos dados em ferramenta de controle social.

O roteiro para as entrevistas junto à Ripsa compreendeu os tópicos apresentados a seguir.

1. Criação, missão e propósitos da Ripsa. Criada em 1997, a Ripsa tem o propósito de promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, para aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002, p. 14). Com base nessa premissa, este núcleo de questões objetivava conhecer os seguintes pontos junto aos entrevistados: as instituições, as instâncias e os indivíduos que operaram para criar a Ripsa; o lugar que ela (a secretaria técnica) ocupa na estrutura ministerial; e a autoridade e a responsabilidade nela investidas. Também houve interesse em saber, levando-se em consideração os recursos de que a Ripsa dispõe, se ela tem conseguido atender a seus propósitos e o que falta.

2. Composição da Ripsa. A Rede é composta por entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e na análise de dados (produtores de informações *stricto sensu*, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia). Neste contexto, houve interesse em saber: se há total entendimento sobre as finalidades da Ripsa por parte dos componentes; o grau em que as participações são realmente institucionais; o apoio que tem tido do Ministério da Saúde e quais segmentos dele se fazem mais presentes; e, por fim, que outras agências deveriam participar da Ripsa.

A concepção de um organismo com os propósitos da Ripsa é vista por muitos como única, levando-se em conta iniciativas de outros países da América Latina. Por isso, houve interesse em saber o que existe hoje – de concreto – que não existiria sem a presença da Ripsa no âmbito da coordenação de ações, proposição de medidas técnicas (artifícios de cálculo e padronizações, por exemplo) e promoção de fóruns de debates.

Os objetivos da Ripsa são: estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores consistentes, atualizados, abrangentes e de amplo acesso; articular instituições que contribuem para o fornecimento e a crítica de dados e indicadores, bem como para a análise de informações; implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações; promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados; promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; e contribuir para o

estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002, p. 15). Da totalidade dos objetivos, houve interesse em saber quais deles estão apresentando melhores resultados e, também, se foram feitos avanços para a criação de uma rede de informação que permita comparações, planejamento de ações e análises ligadas à ocorrência de eventos.

A Ripsa opera por intermédio de comitês e de uma oficina interagencial. Houve interesse em saber o grau de satisfação sobre esse modo de trabalhar. Os entrevistados também foram consultados sobre a viabilidade da publicação dos *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde* (IDB) estaduais. Outro ponto abordado referiu-se aos grandes inquéritos nacionais, acerca dos quais se procurou saber se são temas que se constituem em objetos de discussão e participação da Ripsa.

3. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB). A Ripsa apresenta, periodicamente, os IDB nacionais, publicação voltada para a realização de análises e informes sobre a situação de saúde e suas tendências. Os IDB apresentam cerca de 108 indicadores formulados nos grupos de trabalho da Ripsa, e aí aparecem: indicadores demográficos; indicadores socioeconômicos; indicadores de mortalidade, morbidade e fatores de risco; indicadores relativos a recursos; e indicadores relativos à cobertura. Houve interesse em saber como é feita a divulgação dos IDB, se há acompanhamento do uso que é feito, quais são as dificuldades que existem para sua publicação, o que já foi superado, o que pode melhorar no curto prazo e, finalmente, como as divergências são tratadas.

Importa registrar que, durante a realização das entrevistas, os entrevistadores deveriam ter, à mão, folhas de material para consulta ou discussão, em caso de necessidade. Esse material foi extraído dos seguintes trabalhos: *Estrutura do Sinasc para CD-Rom* (BRASIL, 2001a), *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil* (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002), *Manual de Procedimentos sobre Mortalidade* (BRASIL, 2001b), *Manual do Sistema de Informações Hospitalares* (BRASIL, 2001c), *Sistemas de Informação em Saúde* (MOTA; CARVALHO, 2003), *Sistema de Informações de Agravos de Notificação/Sinan* (BRASIL, 2001d), *Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica* (BRASIL, 2001e).

REFERÊNCIAS

- BARNES, M.; MATKA, E.; SULLIVAN, H. Evidence, Understanding & Complexity – Evaluation in Non-linear Systems. *Evaluation*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 265-284, 2003.
- BLACK, C. et al. *Data, Data, Everywhere: Improving access to population health and health services research data in Canada*. [S.l.]: Centre for Health Services and Policy Research, 2005.
- BODSTEIN, R. et al. *Ações intersetoriais para a saúde: promoção da saúde como estratégia para o desenvolvimento local sustentável*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Projeto aprovado no Programa PDT/SP/Fiocruz.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2005. Disponível em: <http://funasa.gov.br/sis/sis03_sinan.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. [Site do] *DATASUS/Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

- _____. Ministério da Saúde. *Estrutura do Sinasc para CD-ROM*. Brasília, 2001a. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual de procedimentos sobre mortalidade*. Brasília, 2001b. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual do Sistema de Informações Hospitalares*. Brasília, 2001c. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sinan*. Brasília, 2001d. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica*. Brasília, 2001e. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Guias de vigilância epidemiológica*. Brasília, 2001. Disponível em: <www.funasa.gov.br>.
- CANADIAN TOBACCO CONTROL RESEARCH. *Better Solutions for Complex Problems – Description of a Model to Support Better Practices for Health*. [S.l.]: Canadian Tobacco Control Research Initiative, 2002.
- CRESSWELL, J. W. *Qualitative Inquiry & Research Design Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.
- _____. *Research Design – Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.
- DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. *Análise da implantação - avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DIXON-WOODS, M. et al. *Integrative Approaches to Qualitative and Quantitative Evidence*. [S.l.]: University of Kent in Canterbury, 2004. (UK Health Development Agency. Paper 1546).
- GLATT, R. *Avaliação da qualidade da base de dados de aids do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sinan*. 2004. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância & Saúde)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- GREENE, J. C. Qualitative Programme Evaluation: Practice and Promise. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. p. 163-188.
- HEALTH ACTION ZONES (HAZ). *Just Do Something*. 2004a. Disponível em: <<http://www.justdosomething.net>>.
- _____. *Merseyside HAZ*. 2004b. Disponível em: <<http://www.mhaz.org.uk>>.
- _____. *Our Healthier Nation*. 2004c. Disponível em: <<http://www.ohn.gov.uk>>.
- LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sinan: desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-147, 2004.
- LAURENTI, R. et al. Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento da variável da declaração de óbito. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 43-50, 2000.
- LESSA, F. J. D. et al. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. *IESUS*, [S.l.], v. 9, 2000. Suplemento 1.

- LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. *Uma análise do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil – SIH/SUS (Sistema AIH): 1983-1991*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; UERJ, 1993. (Estudos em Saúde Coletiva, 57).
- LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994. p. 89-111.
- MARK, M. M. et al. *Evaluation: An Integrated Framework for Understanding, Guiding and Improving Public and Non-Profit Policies and Programs*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
- MAXWELL, J. A. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996.
- MELLO-JORGE, M. H. P. et al. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Sinasc. *CBDC*, São Paulo, n. 7, 1992.
- MILES, M. B.; HUBERMAN, M. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. London: Sage Publications, 1994.
- MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MOHR, L. B. The Qualitative Method of Impact Analysis. *American Journal of Evaluation*, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 69-84, 1999.
- MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. S.; ALMEIDA, F. N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 505-521.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. rev. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Regional Core Health Data Initiative. 2005. Disponível em: <www.paho.org>.
- PATTON, M. Q. A. Context and Boundaries for a Theory-Driven Approach to Validity. *Evaluation & Program Planning*, [S.l.], v. 12, p. 375-377, 1989.
- _____. Q. Developmental Evaluation. *Evaluation Practice*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 311-319, 1994.
- _____. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.
- PAWSON, R. Evidence-Based Policy: the Promise of “Realist Synthesis”. *Evaluation*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 340-358, 2002.
- PAWSON, R.; TILLEY, N. *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications, 1997.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med. Care*, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 127-140, 1981.
- POTVIN, L. Methodological Challenges in Evaluation of Dissemination Programs. *Canadian Journal of Public Health*, [S.l.], p. 579-583, Nov./Dec. 1996.
- RAOUL, V. Narrative Studies: Methodology – Narrative Studies. In: LYONS, R.; LANGILLE, L.; MAGEE, P. (Ed.). *The Social Sciences & Humanities in Health Research*. Halifax: Atlantic Health Promotion Research Centre, 2005.

RASGA, M.; ESCOREL, S. *Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2005. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/perfilconselhos>.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2002.

ROTHMAN, J. M. *A New Method of Goal Setting, Planning & Defining Success for Community Development Initiatives*: The Action Evaluation Research Institute, Antioch University in Ohio. 2001. Disponível em: <www.aepro.org/inprint/papers>.

_____. *Integrating Evaluation into the Intervention Process*: The Action Evaluation Research Institute, Antioch University in Ohio. 1998. Disponível em: <www.aepro.org/inprint/papers>.

SMALING, A. The Argumentative Quality of the Qualitative Research Report. *International Journal of Qualitative Methods*, [S.l.], v. 1, n. 3, 2002. Article 4.

SULLIVAN, H.; BARNES, M.; MATKA, E. Building Collaborative Capacity through “Theories of Change” – Early Lessons from the Evaluation of HAZ in England. *Evaluation*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 205-226, 2002.

SULLIVAN, H.; JUDGE, K.; SEWELL, K. “In the Eye of the Beholder”: Perceptions of Local Impact in English Health Action Zones. *Social Science & Medicine*, [S.l.], v. 59, p. 1603-1612, 2004.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1725-1736, 2002.

UNITED NATIONS. *Fundamental Principles of Official Statistics*. New York: Statistics Division, 1994.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIACAVA, F. *Sistemas de informação e avaliação do desempenho do sistema de saúde no Brasil*. 2005. Trabalho apresentado na 1^{ère} Conférence Luso-Francophone de la Santé/COLUFRAS, Montreal, 14-18 juin, 2005.

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

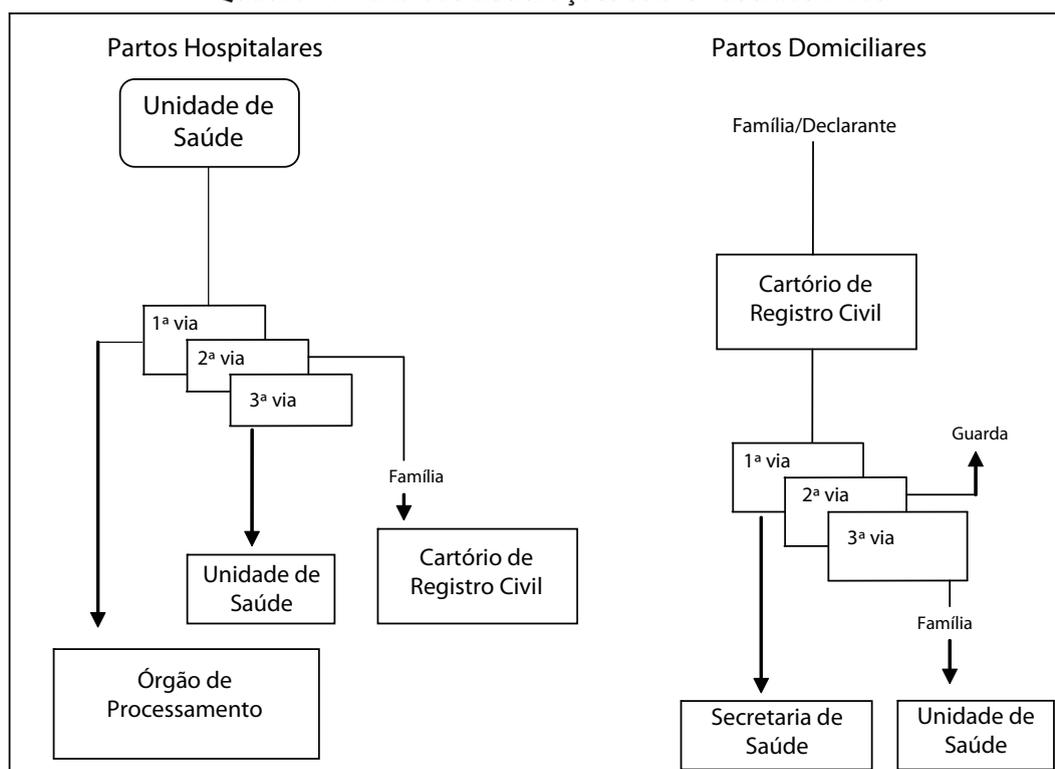
Francisco Viacava

A criação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) teve como foco o desenvolvimento de um sistema que fosse capaz de coletar e processar informações demográficas e epidemiológicas, permitindo, portanto, superar o problema de sub-registro de nascimentos ocasionado com o uso do registro civil nos cartórios, bem como gerar dados sobre a saúde da mãe e do recém-nato, além de dados sobre a atenção perinatal.

As experiências de alguns municípios, como Mogi das Cruzes (SP) e Porto Alegre (RS), que já contavam com sistemas de informação sobre nascimentos desde a década de 80, serviram de base para a sua construção. Em Porto Alegre, o sistema estava ligado à vigilância epidemiológica, e coletavam-se dados sobre o peso da criança ao nascer, a idade gestacional e a idade da mãe, enquanto que, em Mogi das Cruzes, trabalhava-se com informações de caráter mais demográfico.

A implantação do Sinasc ocorreu de modo gradual a partir de 1990, quando foi criada a *declaração de nascido vivo* (DN). A DN é preenchida pelos hospitais, em três vias, ou pelos cartórios ou secretarias de saúde, quando o parto não é hospitalar. A primeira via é enviada ao órgão de processamento, para registro no sistema; a segunda via é levada pela família ao cartório para gerar a *certidão de nascimento*; e a terceira via permanece na unidade de saúde onde foi feito o parto. No caso dos partos domiciliares ou extra-hospitalares, a família deve se dirigir ao cartório ou à secretaria municipal de saúde, que emitem a DN em três vias e enviam a primeira via ao órgão de processamento (BRASIL, 2000).

Quadro 1. Fluxo das declarações sobre nascidos vivos.



Fonte: MS/SVS/2000

Entre as informações registradas na DN constam dados da mãe (idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, município de residência, número de filhos vivos e mortos); dados da gestação (semanas de gestação, tipo de gravidez, número de consultas de pré-natal, data do nascimento); e dados da criança (Apgar, peso, raça/cor e os códigos das malformações congênitas eventualmente diagnosticadas). Além disso, são coletados dados do estabelecimento de saúde onde foi realizado o parto, incluindo o endereço completo e o código do estabelecimento, bem como dados do responsável pelo preenchimento da declaração (nome, função, identidade, órgão emissor e data de emissão).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2004, o volume de registros de nascidos vivos no Sinasc superava amplamente o número dos nascimentos registrados em cartórios. Com base no número de nascimentos estimado segundo técnicas demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ficava demonstrado que, para o país como um todo, o sistema atingia uma cobertura de 94% dos nascimentos. Entretanto, tal porcentagem não pode ser absolutizada, uma vez que, por exemplo, nas regiões Nordeste e Norte a cobertura média era de 89% e 91%, respectivamente. Um outro problema conhecido diz respeito ao fato de que as coberturas nas capitais são maiores do que nos municípios do interior, como é o caso do estado do Piauí (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

Quadro 2. Cobertura do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Brasil e regiões, 2000–2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	94,24	89,01	88,55	92,29	94,16
Norte	79,77	84,56	86,38	91,12	91,41
Nordeste	82,24	85,23	85,53	88,72	88,87
Sudeste	97,7	94,32	93,86	97,19	98,93
Sul	95,15	86,13	82,65	89,69	95,78
Centro-Oeste	92,28	89,8	89,19	89,57	94,08

Fonte: DATASUS, acessado em 2006.

Tendo-se em consideração esse quadro geral, as páginas que se seguem tratam dos principais aspectos destacados pelos entrevistados que, neste trabalho de consulta, foram selecionados para abordar privilegiadamente a questão do Sinasc. O conjunto desses entrevistados compreende um gestor federal, um gestor municipal e dois demógrafos, sendo que um deles é pesquisador e o outro acumula as funções de gestor estadual e pesquisador. Tal diversidade permite aquilatar suas falas e seus pareceres como apreciações que trazem consigo a marca dos lugares a partir dos quais elas são enunciadas. Nesse sentido, tais apreciações trazem algo a mais do que avaliações de cunho estritamente pessoal, isto é, elas trazem visões informadas pelas perspectivas que os entrevistados têm a partir de suas posições no fluxo do sistema.

DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA

O Sinasc teve sua implantação no contexto do desenvolvimento da política de saúde brasileira em que o movimento pela municipalização estava se desenhando. Alguns municípios já assumiam tarefas relacionadas à vigilância epidemiológica e aos sistemas de informação em saúde, que anteriormente eram de competência exclusiva dos estados. Desse modo, o desenvolvimento do Sinasc não só captou as experiências e as necessidades dos municípios, como foi um sistema de informação introduzido já com um desenho que contemplava a descentralização e a municipalização (ALMEIDA, 1998). Assim, a implantação descentralizada do Sinasc teria ajudado os municípios a começar a gerir suas próprias informações de saúde, conforme a direção apontada pela entrevista com o gestor federal:

O Sinasc nasce ensinando os municípios a operar seus sistemas de informação, porque os municípios [são] interessados em conhecer e ter dados fidedignos para conhecer a sua realidade. Acredito que se empenham de uma forma diferente e têm condições talvez diferentes do que as dos estados para trabalhar com sistemas de informação.

Além disso, ainda de acordo com o mesmo gestor, a existência, desde o início, de um sistema informatizado permitiu uma visão, construída de forma padronizada e para todo o país, do quadro epidemiológico da saúde da mãe e da criança:

A construção de um perfil epidemiológico para o país inteiro [possibilitou que] esse sistema fosse muito melhor (...) [e permitiu], por ser um documento único, a comparabilidade dos dados.

O Sinasc pôde permitir o acompanhamento de indicadores como a mortalidade pós-neonatal, ou da gravidez em adolescentes, que são indicadores de risco social e sanitário para a população e justificam a aplicação de políticas preventivas.

Atualmente, defende-se a necessidade de aprofundar o processo de descentralização, estendendo-o até as maternidades, o que resultaria maior rapidez na identificação de situações de risco do recém-nascido no nível local, assim como a tomada mais imediata de decisões sobre as medidas preventivas e curativas necessárias. Essa seria uma estratégia no sentido de que cada vez mais os municípios e mesmo unidades hospitalares possam se capacitar para analisar e consolidar os dados oriundos da DN.

FLUXO DOS DADOS

O fluxo preconizado pelo MS para a coleta e a transmissão dos dados inclui o preenchimento da DN nos hospitais e o encaminhamento da DN em disquete para a secretaria municipal de saúde (SMS), que deve fazer uma análise das informações, consolidá-las e enviar o resultado para o estado. Este, por sua vez, faz a crítica e a consolidação das informações recebidas para envio ao MS.

Apesar de implantado em todo o território nacional, o Sinasc faculta aos municípios a determinação de fluxos próprios. Segundo a entrevista com o gestor federal, a distribuição das fichas é feita pelo MS, por intermédio de um sistema manual que leva em consideração a média de nascimentos em cada estado. Em 2006, entrou em funcionamento um novo software, que faz automaticamente o controle de distribuição das fichas.

Um aspecto dessa dinâmica que foi destacado como positivo pelo gestor federal diz respeito à relativa autonomia que é conferida aos estados quanto à organização do fluxo das informações.

A gente não obriga ninguém a fazer esse fluxo. A gente recomenda que seja feito esse fluxo. Na portaria é recomendado isso, mas existem estados que fazem de outra maneira. Eles têm autonomia para isso.

Assim, há estados em que as DNs são enviadas pelos cartórios para a instituição responsável pela consolidação das informações, que processa as estatísticas e as consolida com as informações provenientes das secretarias municipais, para posterior envio à secretaria estadual e ao Ministério da Saúde. Conforme declarado pelo gestor municipal entrevistado, existe a situação em que uma secretaria municipal desenvolveu um software utilizado para digitalizar as DNs provenientes dos hospitais e enviá-las simultaneamente à secretaria estadual e ao Ministério da Saúde: “nós simplesmente exportamos para o Ministério, nós digitamos no nosso software próprio”. Diferentemente da versão em uso do Sinasc, o citado software inclui o endereço da parturiente e está acoplado a um cadastro de logradouros capaz de fazer uma crítica das informações prestadas no preenchimento da DN.

Desse modo, o programa consegue fazer a localização da criança e da região onde mora, bem como possibilita realizar, se necessárias, ações de vigilância em saúde, pois viabiliza a visita domiciliar. Ao mesmo tempo, tal programa de uso local também permite uma codificação das variáveis, de modo a possibilitar a realização do controle de qualidade do preenchimento.

Por outro lado, ambos os gestores (o municipal e o federal) reconhecem que há necessidade de uma instância na qual os dados dos municípios têm de ser compatibilizados, a fim de evitar a duplicação dos registros e possibilitar a correção da informação sobre os municípios de residência das mães. Segundo o gestor estadual, a instância mais adequada para tal compatibilização seria a secretaria estadual:

Precisa-se de um órgão que regule, que centralize isso, faça essas ocorrências e devolva [os dados] aos municípios. No caso do Sinasc, deveriam ser as secretarias estaduais de saúde.

No entanto, conforme manifestado em diversos momentos da fala do gestor municipal, seria mais adequado que as secretarias estaduais de saúde, em vez de serem responsáveis apenas pelo controle da qualidade do preenchimento dos dados, investissem na capacitação dos municípios, mesmo porque há o problema de distância física entre as secretarias e os locais de ocorrência dos nascimentos:

As secretarias estaduais de saúde estão longe da fonte notificadora (...). Para o estado, sempre será mais difícil fazer a crítica e corrigir informações incompletas ou incorretas (...). Se o gestor municipal é responsabilizado pela qualidade do que faz, com certeza a gente terá sistemas de informação produzindo informações de muito mais qualidade. (...) As secretarias estaduais deveriam capacitar os municípios para que os municípios tivessem condições de exercer as atividades que são da atribuição dos municípios, mas para isso falta massa crítica também no estado (...). Há secretarias que estão esvaziadas, sem pessoal técnico. O pessoal que está lá não tem competência para fazer isso. Essa questão da municipalização e da descentralização implica a criação de mais de cinco mil unidades que sejam gestoras. [Alternativamente] poderiam ser feitos consórcios em municípios pequenos e poderia haver uma unidade centralizadora.

É importante destacar os aspectos do funcionamento relatados pelo gestor municipal, uma vez que tais aspectos comprovam a relevância desse tipo de gestor no controle da qualidade dos dados coletados. Segundo o gestor municipal entrevistado, desde o seu início, a implantação do sistema foi estruturada com um processo de avaliação contínua do preenchimento dos dados nos hospitais. Essa supervisão tem dois momentos: o primeiro é o do recolhimento das fichas nos hospitais pelos técnicos da secretaria municipal de saúde. O segundo momento ocorre quando houver a digitação dos dados no sistema, executada pelos mesmos técnicos que receberam as fichas nos hospitais. Tal estratégia aproxima o processamento e a análise das informações dos profissionais que preenchem as DN's. O sistema de supervisão e avaliação também inclui um controle de qualidade das informações, realizado por intermédio de revisões sistemáticas dos casos mediante consulta aos prontuários hospitalares. Quando os prontuários não atendem a esse controle, recorre-se aos cartórios, que trabalham em parceria com a secretaria municipal de saúde, para comparar os dados preenchidos na DN com os do registro civil. Para sensibilizar os profissionais envolvidos no preenchimento das DN's, em um determinado hospital, acerca da importância das informações, são feitos contatos diretos com esses profissionais e também lhes é fornecido o *feedback* das informações coletadas naquele hospital.

COMPLETUDE DOS REGISTROS

Há uma referência freqüente nas falas dos gestores, com relação à boa qualidade dos dados do Sinasc, que também é referida pela literatura (ALMEIDA et al., 2006). A única ressalva apontada diz respeito à necessidade de maior investimento por parte dos municípios das regiões Norte e Nordeste na melhoria da qualidade dos dados. A facilidade do preenchimento da DN e a continuidade da mesma ficha de coleta ao longo do tempo constituem as características referidas como fundamentais para a qualidade das informações geradas pelo Sinasc. Os quesitos para o bom funcionamento das DN's como instrumentos do sistema foram expressos pelo gestor municipal nos seguintes termos:

Esses documentos têm que ter certa estabilidade para se introjetar na alma das pessoas (...). E isso só vai estar na alma depois de muito tempo de uso. Então, [o instrumento de coleta] não pode ser grande, não pode ser cansativo. Ele tem que ser fácil, tem que ser rápido.

O mesmo gestor também considera que o pequeno número de variáveis garante a qualidade das informações do Sinasc e concorda com o gestor federal no que se refere à não-inclusão de novas variáveis na DN. Para o gestor municipal, isso vale também para as variáveis sociais, cuja inclusão tem sido demandada por pesquisadores:

Acho que a escolaridade da mãe é um excelente indicador da inserção socioeconômica. É inquestionável que é um dos [determinantes], senão o maior determinante, da qualidade de vida e da possibilidade de sobrevivência da criança, a escolaridade materna. Muito mais do que renda. Não dá para pensar em coletar renda, se renda não dá, [se] não vai servir para nada.

No que se refere à busca pela completude¹ dos dados, foi citado como uma boa prática o desenvolvimento de um sistema minucioso de avaliação e de complementação das informações registradas incorretamente ou colocadas como ignoradas em todas as fontes possíveis, como informantes nos hospitais, registros dos cartórios, prontuários médicos, visitas domiciliares. Para o gestor municipal entrevistado na consulta:

A gente tem que saber se [a falta de completude] é um problema do preenchimento do documento ou se é uma impossibilidade de resgate [da informação].

Na avaliação do gestor federal, o preenchimento dos campos do Sinasc, “em média, nos estados, é muito bom, principalmente se comparado ao SIM”. Entretanto, existem falhas de preenchimento que são devidas à grande rotatividade dos profissionais. Aliados às questões de rotatividade e treinamento dos profissionais, há, ainda, no preenchimento das variáveis do Sinasc, aspectos problemáticos relacionados a erros de compreensão e de interpretação, assim como há problemas advindos de questões éticas, culturais e/ou legais e da necessidade de compatibilizar o aspecto do registro civil aos dados epidemiológicos. Tais ordens de questões produzem vieses na coleta e na análise das informações.

Um exemplo que foi mencionado pelo gestor municipal, acerca da dificuldade de entendimento em função da forma de apresentação das informações, diz respeito à escolaridade, que a partir de 1999 passou a ser informada em anos de estudo. Erros de interpretação da informação também ocorrem no campo referente ao número de filhos vivos, cujo preenchimento, às vezes, inclui a gestação em curso. O campo relativo ao número de consultas de pré-natal pode igualmente apresentar problemas de confiabilidade, uma vez que nem sempre há clareza no entendimento das parturientes sobre o que constitui uma consulta desta natureza. Nas palavras do gestor estadual/federal:

¹ Termo normalmente utilizado para quantificar o grau de omissão de dados no preenchimento dos instrumentos que alimentam os sistemas de informação. Também é usado o termo completude, possivelmente derivado do termo inglês completeness.

A gente tem problema de preenchimento também [dos dados referentes à] consulta de pré-natal, porque as pessoas confundem consulta de pré-natal com o fato de (...) ter ido ao serviço e ter se pesado, e existe todo um critério [técnico sobre o que é definido como consulta de pré-natal]. Então, é difícil você analisar se essa variável é confiável, se realmente o que está sendo informado é a quantidade de consultas de pré-natal.

A baixa confiabilidade também foi mencionada pelo gestor municipal e pelo gestor federal no que concerne à variável raça/cor, conforme mostrado a seguir:

O campeão de problemas é [o dado referente à variável] raça/cor. (...) [A variável] raça/cor é péssima. Você identificar cor no recém-nascido é torturante. Então, é pouco confiável. Talvez nos ajudasse mais saber a raça/cor da mãe (gestor municipal).

Identifico na [variável] raça/cor um campo super problemático. Primeiro porque você mistura raça com cor, e a gente observa que existe uma proporção de não preenchimento alta (...). É até triste falar, mas aqui a gente tem uma proporção muito alta de não preenchimento dessa variável. Existem pais que não admitem que você coloque. (...) A raça foi a única variável [para a qual] não foi permitido colocar ignorado, [pois] foi uma solicitação de grupos da raça negra" (gestor federal).

Os gestores (o estadual e o municipal) apontam a dificuldade de captar informações sobre malformação no recém-nascido no momento da coleta dos dados da DN. Tal dificuldade tem gerado a necessidade de cruzar as informações da DN com as do sistema de mortalidade.

Para fazer frente aos problemas de completude das DNs, o gestor municipal ressaltou o papel fundamental da equipe municipal que trabalha com as informações do Sinasc. Primeiro, no sentido de qualificar as informações que foram preenchidas pelos hospitais. Em um segundo momento, no sentido de ser capaz de dotar tais informações de caráter prospectivo, isto é, transformá-las em instrumentos que permitam ações de vigilância em saúde e avaliação da qualidade dos serviços realizados pelos postos de saúde e pelas maternidades.

Ainda na direção de atingir um grau maior de completude das DNs, um outro exemplo de boa prática salientado pelo gestor municipal diz respeito à responsabilização do hospital pelo registro incompleto das informações:

Se a gente não foi capaz de identificar quem era aquela criança em risco é porque eles [os hospitais] não nos ajudaram nessa missão e eles têm que saber que, se acontecer aquele óbito, eles têm parte na história desse óbito.

Uma das características do Sinasc é que a DN, em geral, é preenchida por enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. A continuidade das equipes, portanto, é vista como essencial para garantir a qualidade das informações. Para todos os gestores entrevistados, a identificação, a valorização e o treinamento dos responsáveis pelo preenchimento das DNs nos hospitais constituem aspectos de suma importância. Uma prática referida como efetiva, pelo gestor municipal, para garantir a coleta das informações pelos serviços é a de "mandar uma tabela para todos os hospitais, como estímulo (...) para a melhora, mostrando que o percentual de ignorados varia muito de hospital para hospital".

Na perspectiva expressa pelo gestor federal, a importância da continuidade da equipe não se restringe à fase do preenchimento das fichas nos serviços hospitalares, uma vez que a rotatividade dos profissionais que consolidam os dados nos municípios e estados igualmente constitui motivo de falhas no tratamento das informações.

A boa qualidade das informações decorre, segundo o gestor estadual, do fato de a maioria dos campos já ser pré-codificada. De acordo com a ótica deste entrevistado, a boa qualidade das informações também está vinculada ao fato de não haver implicações de ordem legal no preenchimento dos dados da DN, como ocorre com a causa básica do óbito no SIM, no que diz respeito às chamadas

causas externas (homicídios, acidentes, envenenamentos, suicídios), que, muitas vezes, constituem campos que são mal preenchidos devido à intenção de evitar depoimentos dos médicos nas delegacias de polícia.

Uma iniciativa elogiada pelo gestor municipal foi a criação, no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, do Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis), cuja missão é monitorar a qualidade das informações dos diversos sistemas de informação.

Acho que a criação do Dasis (...) trouxe uma qualidade muito grande para o sistema de informação. Eu acho que a gente tem dentro do Dasis os técnicos que trabalham com o sistema de informação. São técnicos muito qualificados e muito dedicados para fazer funcionar.

MODIFICAÇÕES NA DN DESDE SUA IMPLANTAÇÃO

Desde a implantação da DN como instrumento de coleta e sistematização de informações acerca dos nascidos vivos no país, houve algumas modificações. Entre elas estão situadas as mudanças nos campos referentes ao tipo de parto e à duração da gestação, motivadas pelo fato de que não atendem às exigências técnicas. Assim, em relação ao tipo de parto, a informação sobre parto a fórceps foi retirada, mantendo-se apenas as categorias parto vaginal ou cesárea. A mudança no campo relativo à duração da gestação foi necessária para a compatibilização com o conceito utilizado pela OMS. Nas palavras dos gestores municipal e federal entrevistados:

Outra variável que mudou, mas para melhor em 1999, foi o tipo de parto, que antes era normal, cesárea, fórceps e outros. Vaginal é vaginal, cesárea é cesárea, e fórceps é um instrumento que você utiliza por via baixa (gestor municipal).

A duração da gestação também [intervalos em semanas, para registrar a duração da gestação], porque não coincidiam com a definição da OMS (gestor federal).

Algumas mudanças na ficha de preenchimento da DN estão relacionadas a questões éticas, culturais ou legais, como foi o caso da informação sobre aborto, retirada em 1999, alegando-se a baixa confiabilidade da informação, uma vez que o regime restrito de legalidade do procedimento no país compromete a sua declaração. Essa alteração permitiu que não se pudesse mais distinguir morte fetal de natimorto, o que, do ponto de vista epidemiológico, é uma informação importante, conforme salientou o gestor municipal:

As pessoas às vezes não têm muito claro qual é a diferença de um aborto e de um natimorto, então às vezes contam o natimorto como aborto, às vezes deixam de contar. (...) A retirada da variável aborto (...). Na verdade, quando a gente tinha aborto, [as variáveis] nascidos vivos e nascidos mortos serviam exatamente para haver a diferenciação da morte fetal e dos natimortos (...). É claro que é uma variável que traz em si uma questão social de risco. Quem sabe sua reintrodução auxiliie nessa dificuldade? (...) O grupo assessor do Sinasc ficou com uma dúvida [sobre a variável aborto] (...), e a maioria do grupo na época achou que o dado não era bom. Então, foi por isso que o dado acabou saindo.

Outra alteração da ficha que teve lugar por questões legais foi a mudança de estado marital para estado civil, de modo a atender às exigências dos órgãos de registro civil, que utilizam este último conceito. Assim, a mudança foi feita dada a vantagem maior obtida frente ao fato de a DN passar a ser reconhecida como instrumento legal para a obtenção da certidão de nascimento pelos cartórios de registro civil.

COBERTURA DO SISTEMA

Com relação à cobertura do Sinasc, um primeiro aspecto reiterado diversas vezes pelos entrevistados refere-se ao grau de comprometimento dos técnicos no nível local com os objetivos do sistema. Tal questão está presente também nos outros sistemas de informação contemplados por este trabalho de consulta, conforme poderá ser visto nos demais capítulos desta publicação. O envolvimento dos técnicos locais com as metas do sistema, de um lado, atesta a melhoria do desempenho dos serviços na notificação e, de outro lado, evidencia que a institucionalização do sistema ainda não é totalmente satisfatória, na medida em que depende de fortes comprometimentos e da determinação de pessoas situadas em postos-chave da organização do sistema. Conforme explicitou o gestor municipal em entrevista:

Existe uma relação de compromisso direto com os técnicos que trabalham com o sistema, e essa relação só se estabelece quando existe a gerência municipal (...) [e o] Sinasc tem sua equipe de informação, e a equipe de informação não deixa que nunca, nada e ninguém bote em risco o Sinasc. Essa é a relação que eu acho que [garante] a qualidade dos dados, não só aqui, mas em muitos outros lugares (...). O pessoal que trabalha com o Sinasc sabe que, quando nasce uma criança, o serviço de saúde tem que saber que ele existe para garantir a atenção qualificada, falando em cidadania.

Na visão do gestor estadual, o Sinasc teve uma boa cobertura desde o início de sua implantação, porque a coleta dos dados é feita diretamente nos hospitais. A boa cobertura permitiu que os dados do Sinasc superassem os do IBGE, possibilitando o uso do número de nascidos vivos registrados como denominador para o cálculo da mortalidade infantil. Essa decisão foi tomada pelo Comitê de Mortalidade da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), em cujo plenário foi deliberado que o cálculo da mortalidade infantil poderia ser feito pela relação direta entre os óbitos infantis registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os nascidos vivos registrados no Sinasc, desde que as coberturas fossem de 80% e 90% para o SIM e para o Sinasc, respectivamente, o que atualmente é a situação em oito estados da federação.

Em alguns estados, nota-se uma tendência à diminuição de nascimentos registrados pelo Sinasc, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, o que, em tese, poderia ser uma sugestão de piora na notificação. Contudo, o gestor federal entrevistado sugere que tal queda no número de registros poderia estar refletindo a redução na taxa de fecundidade, não significando, portanto, diminuição da cobertura do sistema.

Foi consenso entre pesquisadores e gestores que, embora ainda persistam problemas de cobertura do sistema nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura do sistema como um todo vem progressivamente aumentando.

Finalmente, ainda em relação à cobertura, foi destacado pelo gestor federal que a abrangência do Sinasc estende-se inclusive ao setor privado, já que a DN é um documento necessário para a emissão da certidão de nascimento pelo cartório de registro civil. Os entrevistados ressaltaram que precisamente a universalidade constitui uma importante característica do Sinasc.

Conforme anteriormente mencionado, o seu formato em três vias, uma das quais idealizada para vir a estar de posse da mãe, fez da DN um documento oficial a ser usado no registro civil da criança. Com isso, os pais e responsáveis pela criança passaram a ter maior orientação quanto à necessidade o registro civil.² A tarefa de supervisão direta da coleta dos dados nas maternidades foi uma preocupação que acompanhou, desde o início, a implantação do Sinasc, significando que a busca ativa de nascimentos nos serviços e nos cartórios tem levado os gestores a notificar os conselhos tutelares

² O pagamento de taxas aos cartórios de registro civil era um dos fatores que contribuía para a existência de sub-registro de nascimentos, principalmente nas regiões mais carentes do país. A constituição de 1988 previu a extinção de cobrança de taxas para o registro de nascimento, como um mecanismo de garantia da cidadania. Porém, a emissão da certidão de nascimento continuou a ser cobrada. Apenas em 10 de dezembro de 1997 a Lei nº 9.534 regulamentou a extinção do pagamento de taxas para o registro de nascimentos (ALMEIDA et al., 2006).

sobre a existência de crianças cujos responsáveis não realizaram o registro civil. Como salientou o gestor municipal:

É o Sinasc que aponta quem são as crianças que não foram registradas nos cartórios, porque a gente bate os dados do Sinasc com os dados dos cartórios. Mensalmente, a gente cruza os [dados dos] bancos e encontra os não registrados. E [para] os não-registrados a gente aciona o conselho tutelar, para que ele possa buscar essas famílias e dar início ao registro.

USO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS LOCAIS

Segundo o gestor municipal, a divulgação dos dados do município é realizada pela própria secretaria municipal de saúde, por intermédio de um boletim epidemiológico, que tenta apresentá-los de forma fácil de se entender, com especificidades por cada região de saúde da cidade. A intenção é fazer do boletim um instrumento de avaliação das ações e dos serviços de saúde em cada local. Além disso, são publicados relatórios com dados para cada hospital, bem como é produzido material para subsidiar os gerentes dos distritos sanitários com os dados sobre suas áreas. Outra forma de divulgação utilizada consiste na feitura de mapas, no quais ficam indicadas tanto a distribuição dos nascimentos como as condições em que se deram, nas diversas regiões da cidade. Tais mapas são apresentados aos sindicatos e aos conselhos municipais de saúde. Como exemplos de outras formas de utilização dos dados do Sinasc, foram salientadas pelos entrevistados as consultas ao *site* do DATASUS e às publicações da Ripsa, para responder a vários tipos de solicitações técnicas das secretarias municipais e estaduais de saúde.

Práticas semelhantes também foram destacadas pelo gestor estadual. Conforme anteriormente aludido, o organismo responsável pelas estatísticas estaduais centraliza as informações oriundas dos municípios, faz sua consolidação e as encaminha para a secretaria estadual, que deve retornar as informações para as diretorias regionais, para que estas as enviem aos municípios. Em virtude das falhas nesse fluxo de informações, o entrevistado destacou a pertinência da criação de um sistema de consolidação e de divulgação dos dados, com acesso ao público em geral, e de um outro sistema, voltado para os gestores municipais, que podem acessar por senha sua própria base de dados. Além dos indicadores tradicionais, este segundo sistema gera outros índices, como o índice de responsabilidade social ou o de vulnerabilidade infantil, que são usados na orientação das políticas públicas regionais. Cabe ao gestor federal divulgar periodicamente os dados em CDs e em publicações oficiais regulares. Os dados confidenciais são guardados no banco de dados mantido pelo Ministério, ao qual o acesso é restrito, sendo que, mesmo com o novo *software* a ser introduzido, a confidencialidade será garantida.

De um modo geral, os dados de divulgação pública têm sido muito usados pelos pesquisadores e por profissionais dos serviços em trabalhos científicos e em apresentações em congressos. Como exemplo de situações em que o uso dos dados do Sinasc foi importante para a organização da vigilância em saúde e a orientação e o planejamento da gestão, o gestor municipal pronunciou-se nos seguintes termos:

Precisávamos abrir equipes do Programa Saúde da Família. Então, com base no Sinasc, nós pudemos ver quais eram as áreas que tinham maior número de nascimentos e mães adolescentes, onde estavam localizados os bolsões de mortalidade infantil, onde a mortalidade pós-neonatal era mais alta.

A Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), evento técnico-científico promovido pelo Ministério da Saúde na área de epidemiologia aplicada aos serviços de saúde do país, reúne técnicos e especialistas nacionais e interna-

cionais para discutir temas relevantes para a área de vigilância em saúde. O evento também foi citado pelos entrevistados como excelente oportunidade para a troca de experiências entre os gestores e técnicos das secretarias municipais e estaduais de saúde e como iniciativa que vem contribuindo para melhorar a cobertura e a qualidade dos dados. Conforme foi afirmado pelo pesquisador:

(...) [Da] Expoepi (...) participam [representantes de] todas as secretarias e (...) [também os profissionais de] (...) parte do sistema de informação, onde são apresentados os melhores trabalhos da secretaria (...) [e] cada secretaria tem uma proposta inovadora para você aumentar a cobertura.

Quanto às ferramentas disponíveis para tabulação e análise dos dados, o gestor federal avaliou que a construção de indicadores e tabulações ficou muito facilitada com as ferramentas disponibilizadas pelo DATASUS, como o TabWin e o TabNet.³ Conforme sua opinião:

As críticas ao TabNet e ao TabWin são infundadas e feitas por pessoas que não reconhecem os avanços alcançados ou decorrem da falta de divulgação dos recursos disponíveis (...). Antes, quando a gente precisava de uma tabulação, você precisava entrar numa fila. Mas com o TabWin você pode fazer a tabulação que quiser (...).

Ainda que o gestor municipal tenha concordado com essas colocações, ele fez uma ressalva ao afirmar que “pessoas sem maiores conhecimentos de epidemiologia ou de estatística podem ter alguma dificuldade para operar estas ferramentas”.

Sobre a qualificação dos recursos humanos, foram identificadas boas práticas na gestão municipal, conforme explicitou o gestor federal:

Há uma crescente qualificação do corpo técnico das secretarias. Temos pessoas que lidam com os sistemas de informação, trabalham com esses sistemas numa perspectiva de que eles são fontes de dados para pesquisa.

Entretanto, foi reconhecido pelos entrevistados que a situação não é a mesma em todo o país e existe muito a ser feito para capacitar os profissionais de saúde no que se refere ao manuseio e à análise dos dados apresentados pelos sistemas de informação, mesmo quando os dados são apresentados na forma de indicadores já calculados, como os Indicadores e Dados Básicos (IDB) formulados pela Ripsa. De acordo com a fala do gestor municipal:

As pessoas não sabem usar, as pessoas não sabem acessar os IDB, não sabem acessar uma ficha, não sabem entender o que é feito com a ficha, mas esse é um problema de formação.

Quanto à defasagem temporal na divulgação dos dados pelo nível central, o gestor municipal considerou que o fechamento dos bancos de dados pelo Ministério da Saúde ainda é lento; entretanto, o mesmo entrevistado reconheceu que, em relação aos dados do IBGE e de outros países, tais dados são concluídos muito mais rapidamente. Para os gestores estadual e federal, a defasagem é considerada boa e dentro dos padrões internacionais. Como realçou o gestor estadual:

Nosso sistema está muito bom, totalmente diferente [dos sistemas] dos países desenvolvidos (...). Já chegamos a ter defasagem de quatro anos, mas agora não: 2004 está praticamente encerrado. Para o padrão internacional, isso é ótimo.

PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS DO SINASC

Entre as ponderações identificadas pelos entrevistados como pontos positivos do Sinasc, merecem destaque as apresentadas a seguir.

³ Softwares desenvolvidos para a tabulação de dados em ambiente Windows (TabWin) ou na internet (TabNet).

- O grande empenho dos técnicos que produzem as informações do sistema foi considerado pelos entrevistados como fundamental para as reconhecidas boa cobertura e boa qualidade das informações do Sinasc.
- A estratégia que vem sendo adotada pelo Ministério da Saúde, no contexto da descentralização político-administrativa, no tocante ao sistema em pauta, mais especificamente no sentido de conferir maior autonomia de gestão às secretarias municipais e estaduais.
- A cobertura e a qualidade dos dados permitem gerar indicadores confiáveis para as ações de planejamento e avaliação no campo da saúde da mulher e da criança.
- A realização da Expoepi, que cada vez registra maior participação de profissionais das secretarias de saúde, permitindo o intercâmbio de experiências e a divulgação de boas práticas.
- A existência de um comitê técnico de avaliação – composto por técnicos do Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais do Sinasc, pesquisadores das universidades e técnicos do DATASUS – que acompanha o desenvolvimento do sistema, identificando problemas e propondo soluções.
- Cruzamento (*linkage*) dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade com os dados do Sinasc, que tem permitido uma melhor análise das condições de vida e saúde.
- Criação, no nível federal, do Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis), na SVS/MS, cujo objetivo é monitorar a qualidade das informações em saúde.
- O trabalho junto ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente quando uma criança sem registro é identificada.

Com relação aos pontos fracos que foram citados pelos entrevistados, podem ser listados alguns, como os apresentados a seguir.

- O preenchimento do campo referente ao endereço, que às vezes é informado de modo incompleto ou incorreto. A preocupação dos gestores é que os profissionais dos serviços tenham noção da importância desta informação para a vigilância.
- A rotatividade dos profissionais de serviço e o treinamento insuficiente daqueles que preenchem a DN e dos que consolidam os dados configuram fatores que afetam a qualidade das informações coletadas.
- Pouca divulgação das informações e baixo grau de utilização destes dados no nível local como ferramenta da vigilância em saúde, que ainda se restringe a algumas cidades, notadamente os grandes centros urbanos.
- Cobertura menor do sistema nos estados do Norte e do Nordeste.
- Ausência de medidas administrativas para contornar questões de ordem legal envolvendo a utilização de documentos de registro civil e da própria declaração de óbito.

RECOMENDAÇÕES DOS ENTREVISTADOS

As entrevistas realizadas permitiram detectar as seguintes recomendações para o aprimoramento do Sinasc:

- investir na capacitação dos profissionais que trabalham nos serviços, bem como na qualificação das equipes;
- descentralizar a coleta para os serviços, com utilização da internet, e propiciar acesso diferenciado para os diversos níveis da gestão: aos hospitais, para a digitação e a consulta de seus dados, e, para o nível federal, por exemplo, acesso à rede a qualquer momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Sinasc foi bem avaliada pelos entrevistados, que apontaram aspectos positivos no que se refere à completude dos registros, à qualidade das informações, à cobertura do sistema e à disseminação das informações.

Como foi destacado, o êxito do sistema foi considerado pelos entrevistados muito dependente do comprometimento dos servidores e do monitoramento da coleta de dados feita nos hospitais. Tal aspecto, ao mesmo tempo em que sinaliza para a existência de uma relação positiva construída entre aqueles que integram o sistema e seus objetivos, sinaliza também para a fragilidade do sistema, uma vez que não há como garantir que tal imbricação entre empenhos individuais e a missão do sistema ocorra sempre e em todos os municípios. Disso segue que o desejável seria que maiores investimentos fossem feitos, por parte dos organismos estaduais e federais, no sentido de tornar essa excelência na qualidade um atributo do sistema que independa de maior ou menor capacidade pessoal do gestor para liderar o processo de conscientização dos profissionais envolvidos na coleta dos dados. Seria necessário pensar em mecanismos administrativos gerenciais automatizados que garantissem a qualidade do fluxo e das informações do sistema.

A qualidade das informações depende essencialmente da articulação entre as secretarias municipais e a rede de maternidades onde são colhidas as informações que alimentam o sistema. Um aspecto que sobressai é que, apesar da aparente simplicidade da coleta das informações, há um grande trabalho de controle da qualidade do preenchimento das DNs nos municípios. Os gestores destacam que o preenchimento de alguns campos não é tarefa singular, já que, muitas vezes, depende das informações prestadas pelas parturientes e pode depender de sua percepção sobre o desenvolvimento da gestação e dos serviços que elas receberam. Como foi apropriadamente destacado por um dos gestores, para poder intervir é necessário distinguir as possíveis fontes de erro que podem estar ligadas a problemas conceituais dos campos que devem ser preenchidos, aos valores culturais das informantes e à própria dificuldade dos serviços quando se trata de calcular a idade gestacional ou diagnosticar as malformações congênitas. Esses problemas podem constituir indícios de que as altas taxas de cobertura e completude do registro não se façam acompanhar da confiabilidade das informações.

Há pelo menos três ordens de recomendações advindas das entrevistas que devem ser alvo de consideração pelos responsáveis pela supervisão geral do sistema. A primeira refere-se à necessidade de garantir para os estados do Norte e do Nordeste a mesma cobertura e qualidade de informação dos demais, o que certamente já é uma preocupação compartilhada por todos os gestores. O desenvolvimento de indicadores de qualidade das informações, a exemplo do que já foi feito no Rio de Janeiro (THEME FILHA et al., 2004), e seu posterior monitoramento apresentam-se como uma possibilidade a ser considerada.

A segunda ordem de recomendações é relativa aos investimentos que seriam necessários na capacitação dos profissionais que trabalham nos serviços e na qualificação das equipes, bem como diz respeito a pensar em medidas administrativas capazes de superar a rotatividade dos profissionais.

Finalmente, há que se considerar o aperfeiçoamento do processo de descentralização, já que a coleta descentralizada pelos serviços, pelo uso da *internet*, deverá ser acompanhada de desenvolvimentos tecnológicos para propiciar acesso diferenciado aos diversos níveis de gestão: aos hospitais, para a digitação e a consulta de seus dados, e para o nível federal, por exemplo, para o acesso à rede a qualquer momento.

Do que foi exposto pelos entrevistados, cumpre ainda sublinhar que, entre todos os sistemas considerados, o Sinasc constitui, sem dúvida, uma das experiências mais exitosas no que se refere ao monitoramento da saúde da mulher e da criança. Sua utilização para o cálculo direto da mortalidade

infantil em todo o país ainda depende de melhoramentos na cobertura e na qualidade das informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. Descentralização dos sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 27-33, 1998.
- ALMEIDA, M. F. et al. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 56-68, 2006.
- ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 241-249, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria nº 475, de 31 de agosto de 2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre Nascidos Vivos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 set. 2000.
- THEME FILHA, M. M. et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S83-S91. 2004. Suplemento 1.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Rosângela Caetano

INTRODUÇÃO

A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária, por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Quando reunidas de forma sistematizada, as notificações passam a compor um sistema de informação próprio, que possibilita o acompanhamento das características do fenômeno estudado, de forma mais ampla, quanto à sua distribuição e às suas tendências.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é essencial para as atividades de vigilância epidemiológica, porque é por seu intermédio que fluem as informações sobre as doenças de notificação compulsória e os agravos de interesse, desde as unidades locais até o Ministério da Saúde, passando pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Tal sistema foi concebido e desenvolvido, no início dos anos 90, pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), com o apoio técnico do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) e da Empresa de Processamento de Dados da Prefeitura de Belo Horizonte (Prodabel) (BRASIL, 2005a). Sua criação objetivava tentar sanar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD), cuja existência pode ser retroagida à própria Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)¹ e estabeleceu a obrigatoriedade da notificação de algumas doenças no país (BRASIL, 1975, 1976).

De acordo com o que ficou estabelecido à época, a notificação compulsória de algumas doenças era feita semanalmente pelas unidades de saúde e a consolidação dos dados era realizada pelas secretarias estaduais, sendo que estes eram encaminhados depois, por aerograma, ao Ministério da Saúde.

O sistema anteriormente existente, entretanto, sempre apresentou problemas de subnotificação e supria limitadamente as necessidades mínimas de informação de morbidade do país, além do fato de que seu instrumento de coleta era muito inespecífico, sem o detalhamento de variáveis fundamentais. O SNCD não estimulava a atuação da vigilância no nível local, o que ocasionou a criação de diversos sistemas paralelos de informação nos diferentes níveis de governo, incluindo o nacional (BRASIL, 2005a).

A implantação do Sinan, que veio a sucedê-lo, foi realizada de forma heterogênea nas unidades federadas e nos municípios, não havendo coordenação ou acompanhamento por parte dos gestores de saúde nas três esferas de governo. Em 1998, o Cenepi retomou tal processo e constituiu uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o Sinan, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, por intermédio da Portaria MS/Funasa n.º 73, de 9 de março de 1998 (BRASIL; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). A partir de então, o uso do Sinan foi regulamentado, tornando-se obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, pelos estados e pelo Distrito Federal, com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio do Cenepi, atuando como gestora nacional do sistema. Com

¹ Na atualidade, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) compreende o conjunto interarticulado de instituições do setor público e privado componentes do Sistema Único de Saúde que, direta ou indiretamente, notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no controle de tais doenças e agravos. De acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, as ações e as atividades do SNVE estão sendo repassadas aos níveis descentralizados deste sistema de modo gradual, de acordo com o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, de forma a evitar a descontinuidade técnica e administrativa dos programas e das ações afetas a esta área de saúde. O nível central do sistema (Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde) atua apenas de modo complementar, quando os problemas de saúde sob vigilância epidemiológica ultrapassam a capacidade de resolução de estados e municípios.

a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, as atribuições do Cenepi passaram a ser de responsabilidade da SVS.

O Sinan tem como objetivos padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRITO, 1993). Estão listados como propósitos desse sistema: (1) realizar o diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; (2) monitorar a saúde da população e prever a ocorrência de eventos; (3) fornecer subsídios para explicações causais, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica; e (4) auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e avaliar o impacto das ações de controle desenvolvidas.

O sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e pela investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.² Tal lista é periodicamente atualizada, de acordo com a mudança na situação epidemiológica do país e com eventuais necessidades de monitorar o surgimento de agravos novos ou de outros, objeto de ações específicas de controle. No momento presente, constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças e os agravos relacionados na Portaria MS/SVS n.º 5, de 21 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b).

A implantação do SUS, em 1988, propiciou um novo modelo de gestão, representado pelo processo de descentralização e municipalização. De forma coerente com a organização do SUS, recém-instituído à época, o Sinan foi concebido como um sistema hierarquizado e suficientemente ágil para viabilizar análises de situações de saúde em curtos espaços de tempo. Como foi concebido para ser trabalhado desde o nível local, o Sinan pode ser operado a partir das unidades de saúde. Entretanto, se o município não dispuser de microcomputadores em suas unidades, ele é igualmente operacionalizado no nível central das secretarias municipais de saúde, no nível regional ou nas secretarias estaduais.

O formulário de entrada de dados do Sinan foi elaborado em duas partes, configurando, a rigor, dois documentos distintos, ambos com um identificador único do registro: (1) a ficha individual de notificação (FIN), que contém um conjunto relativamente padronizado de informações (dados de identificação do paciente, dados sobre a unidade assistencial notificadora, informações mínimas sobre o agravo de notificação) e é utilizada pelas unidades assistenciais e encaminhada aos setores responsáveis pela vigilância epidemiológica, a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum dos agravos notificáveis; e (2) a ficha individual de investigação (FII), que se configura, na maior parte das vezes, como um roteiro de investigação distinto por tipo de agravo, sendo utilizada preferencialmente pelos serviços municipais de vigilância e enviada digitada (ou em meio físico) ao nível estadual e, posteriormente, deste para o nível federal. As FIIs são, na maioria das vezes, diferentes para cada tipo de agravo, mas todas compreendem os campos de informação que servem como variáveis para análise e a tomada de decisões.³ A impressão e a distribuição dos formulários são de responsabilidade do estado ou do município, bem como sua numeração.⁴ O sistema conta, ainda, com módulos para cadastramento de unidades notificadoras, população, logradouros, etc.

Pelo exposto, fica, de pronto, colocado que o Sinan tem seu fluxo desencadeado pelo preenchimento da FIN, estando, desse modo, sujeito a problemas de cobertura decorrentes do não-cum-

² A inclusão de outros agravos, de acordo com a necessidade de se realizar um acompanhamento da situação epidemiológica municipal e/ou estadual, pode ser feita no Sinan, mas apenas com dados relativos à ficha de notificação padronizada, e deverá ser comunicada pelos gestores estaduais e municipais à SVS/MS. As informações relativas aos agravos de interesse municipal e/ou estadual não serão enviadas rotineiramente ao nível federal.

³ Um conjunto de campos das FIIs é relativamente comum aos diferentes agravos, tais como: número da notificação, data da notificação, semana da notificação, código do município, nome do município, nome do paciente, idade, sexo, nome da mãe, instrução, zona de residência, diagnóstico, critério de diagnóstico e evolução.

⁴ A importância da utilização de fichas de notificação pré-numeradas consiste em evitar que haja sobreposição de fichas de notificação de dois casos distintos que tenham os mesmos campos-chave identificadores do registro no sistema (coincidência em número, data de notificação, município de notificação e unidade notificadora) (BRASIL, 2006a).

primário, pelos profissionais de saúde, da obrigatoriedade de preenchimento de instrumentos de notificação.

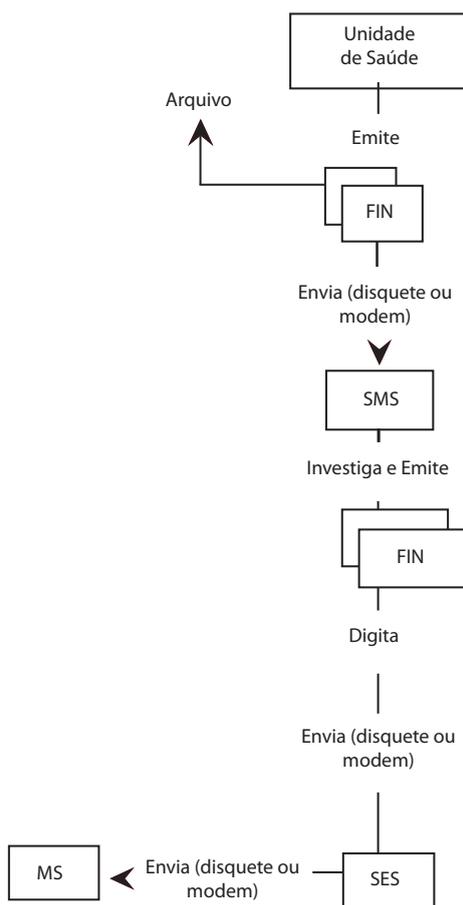
Conforme aponta Waldman (1998), a subnotificação é uma limitação do sistema de informação vinculado à vigilância epidemiológica. Embora isso não constitua um impedimento para a utilização do Sinan com fim de conhecimento da realidade epidemiológica de determinada área geográfica, o sistema deve ser alvo de avaliações periódicas nos serviços, de modo a quantificar e qualificar a proporção e o tipo de perdas de informação que possam estar presentes. Entre os fatores que o citado autor considera que estão relacionados com a subnotificação destacam-se: a falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; a falta de adesão à notificação, em função do tempo exigido para preencher a ficha e da ausência de retorno da informação analisada com recomendações técnicas pertinentes; e a falta de percepção dos profissionais a respeito da relevância pública das doenças submetidas à vigilância.

Além do já mencionado, é importante ser ressaltado que a subnotificação pode também padecer de uma falta de homogeneidade, agregando dificuldades adicionais para a identificação de tendências, grupos e fatores de risco. Os dois erros sistemáticos mais observados são a tendência a se notificar mais os casos de maior gravidade e os hospitalizados do que os de características benignas, ainda que estes últimos possam constituir as principais fontes de infecção; e maior incidência de notificações de doenças que estão sendo focalizadas pelos meios de comunicação.

Todos os fatores descritos contribuem não só para a subnotificação, mas também para a baixa qualidade dos registros das investigações dos casos notificados. Embora às fichas de notificação que compõem o sistema de vigilância epidemiológica estejam anexadas as instruções para seu correto preenchimento, isso pode não ser suficiente para que as informações sejam registradas a contento. Waldman (1998) ressalta que a participação dos profissionais de saúde na coleta de dados é essencial e que, portanto, há necessidade de esclarecer as equipes a respeito da importância dessa atividade. Além disso, com vistas a elevar a notificação e a garantir a completude e a qualidade das informações, urge reforçar a capacitação dos profissionais, utilizando-se os Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica (CBVE), que para diversos agravos têm procurado preencher essas lacunas. Com tais cursos, os profissionais que realizam a vigilância epidemiológica e que são responsáveis pelo preenchimento das informações passam a entender melhor seu compromisso com a completude destas, mesmo que para tanto seja necessário recorrer a outras fontes de informação além do prontuário, como, por exemplo, entrevistas com os pacientes e seus familiares.

Não existe, na prática, um fluxo único para documentos e informações no Sinan. As diferenças se apresentam, nesse caso, não apenas entre os diferentes estados como também entre os diversos agravos. Apesar disso, o Ministério da Saúde vem preconizando um fluxo-padrão a ser utilizado para qualquer caso notificado (BRASIL, 2006a).

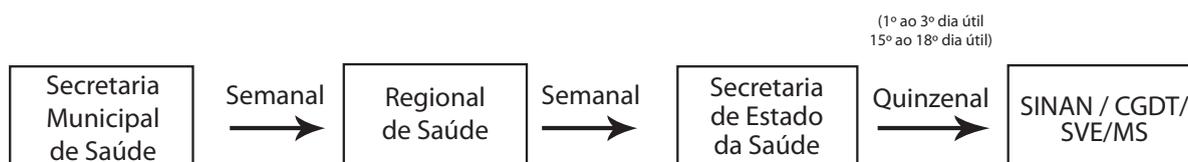
Quadro 1. Fluxo de formulários e de informações do Sinan.



Fonte: Cenepi/FNS/MS (CENEPI apud BRASIL, 2005a, p. 12).

As fichas individuais de notificação devem ser preenchidas nas unidades assistenciais, que mantêm uma segunda via arquivada enquanto remetem a original para os serviços de vigilância epidemiológica responsáveis por seu recebimento. As fichas individuais de investigação devem ser preenchidas pelo responsável pela investigação, digitadas na própria unidade ou na secretaria municipal de saúde, e seus dados devem ser enviados ao nível estadual. Ainda de acordo com o mesmo fluxo, as secretarias estaduais de saúde deveriam encaminhar, quinzenalmente, o banco de dados da UF para o Ministério da Saúde. A periodicidade de transferência das informações encontra-se disposta a seguir:

Quadro 2. Periodicidade.



Fonte: Brasil (2006a, p. 26).

Embora esses tenham sido o fluxo e a periodicidade previstos quando o sistema foi concebido (remessa imediata da ficha de notificação e envio da ficha de investigação quando do fechamento

do caso), a fim de se obter um sistema ágil na consolidação dos dados de notificação e sua posterior atualização pela incorporação das informações provenientes da investigação (incluindo o descarte dos casos não confirmados), as características de algumas doenças e as práticas vigentes nos programas de controle nem sempre têm permitido sua implementação. O resultado é que, muitas vezes, a notificação dos casos fica condicionada ao avanço do processo de investigação epidemiológica local, de forma que, em algumas localidades, o sistema padece de grande morosidade (BRASIL, 2006a). Como conseqüência desses diversos problemas descritos, alguns bancos de dados chegam, por vezes, a demorar de dois a três anos para que sejam encerrados, o que contribui para que as análises geradas a partir dos dados existentes no sistema não representem o real perfil epidemiológico dos agravos, prejudicando, dessa maneira, a avaliação das medidas de controle executadas e o gerenciamento dos programas de prevenção.

Ao discutir a descentralização dos sistemas de informação em saúde e o uso das informações em nível municipal, Almeida (1998) ressalta estratégias que devem ser utilizadas para melhorar a qualidade dos registros, tais como a avaliação da fidedignidade dos dados nos documentos, a validação *vis-à-vis* os registros em prontuários e o emprego de dois ou mais bancos de dados, a fim de comparar os valores de variáveis comuns em ambos, possibilitando a recuperação de dados. Assim, dados de má qualidade, decorrentes – entre outros fatores, de fichas de notificação ou investigação com muitos campos em branco –, incongruências de informações (como, por exemplo, casos com informação laboratorial assinalados com diagnóstico positivo e tendo classificação final como diagnóstico clínico), duplicidades de registros, etc. são muitas vezes identificados no nível estadual ou no federal, apontando para a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada no primeiro nível hierárquico de entrada de dados no sistema, antes da realização das transferências para os níveis subseqüentes.

Uma avaliação semelhante (BRASIL, 2004b) foi feita pelo grupo técnico do Sinan, vinculado ao Ministério da Saúde, que identificou problemas como: (a) a falta de conferência regular da digitação no primeiro nível informatizado do sistema, o que ocasionou a transferência de dados equivocados para o nível estadual e o federal; (b) percentual elevado de notificações com variáveis essenciais não preenchidas; e (c) inconsistências, por exemplo, quanto ao critério de encerramento do caso por laboratório, mesmo sem registro do resultado laboratorial.

Vale ainda mencionar as mudanças ocorridas ao longo do tempo no ambiente operacional do sistema de informação. As primeiras versões do Sinan tinham o DOS® como sistema operacional (sendo por isso conhecido como Sinan-DOS). Posteriormente, à medida que se constavam as limitações desse sistema operacional, ocorreu o desenvolvimento de uma nova versão do Sinan em plataforma Windows⁵, na tentativa de introduzir críticas, permitir a identificação de inconsistências na base de dados, melhorar as rotinas de duplicidade, consulta, transferência e recebimento dos dados, possibilitar a inclusão de saídas padronizadas para construção de indicadores e permitir uma interface com o TabWin.⁶ No momento, está em curso uma nova mudança, para o chamado Sinan-Net, prevista para ocorrer até o final do ano de 2006. Tal mudança teve por finalidade modificar a lógica de produção da informação para a lógica de análise em níveis mais descentralizados do sistema de saúde, subsidiando, assim, a construção de sistemas de vigilância epidemiológica de base territorial. Na nova versão, as unidades e os municípios interligados à internet poderão transmitir, diariamente,

⁵ O projeto Sinan-Windows resultou de uma parceria entre o Cenepi/Funasa e o DATASUS, em que os primeiros se responsabilizavam pela elaboração do desenho do sistema sob a perspectiva da vigilância epidemiológica (incluindo a padronização de conceitos, a definição do fluxo, os instrumentos e os relatórios gerenciais) e o DATASUS tinha a função de elaboração de programa computacional adequado aos vários níveis de complexidade do Sinan (LAGUARDIA et al., 2004).

⁶ O TabWin – programa Tab para Windows – incorpora uma série de novos recursos em relação ao Tab para DOS, facilitando ainda mais o trabalho de tabulação e tratamento dos dados. O TabWin permite: (a) a importação das tabulações efetuadas na internet (geradas pelo aplicativo TabNet, desenvolvido pelo DATASUS); (b) a realização de operações aritméticas e de estatísticas nos dados da tabela gerada ou importada pelo TabWin; (c) a elaboração de gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados da tabela; e (d) outras operações na tabela, ajustando-a às necessidades do usuário. Assim, para os usuários do setor Saúde, o programa facilita: (I) a construção e a aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e dos aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda, etc.), por estado e município; (II) o planejamento e a programação de serviços; (III) a avaliação e a tomada de decisões relativas à alocação e à distribuição de recursos; e, finalmente, (IV) a avaliação do impacto de intervenções nas condições de saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php?name=Links#-TABWIN-DATASUS>>.

os dados da ficha de notificação às demais esferas de governo, possibilitando que tais informações estejam disponíveis, nas três esferas de governo, no menor tempo possível, enquanto os dados das fichas de investigação apenas serão transmitidos quando for encerrado o processo de investigação.

O modelo descentralizado do Sistema Único de Saúde dispõe de maior autonomia para gestores municipais. Porém, ao mesmo tempo, o modelo determina maiores responsabilidades. A redistribuição de tais responsabilidades não fica restrita apenas aos serviços de saúde, mas compreende, também, a produção de informações mediante a sistemática alimentação de bases de dados nacionais. Por outro lado, a pronta utilização, pelos níveis locais, de informações disponíveis eletronicamente representa ferramenta valiosa, auxiliando, orientando e determinando prioridades. Em relação à disponibilização dos dados do Sinan, existe um site específico, criado pela Secretaria de Vigilância em Saúde,⁷ que permite a avaliação da base de dados do Sinan e o cálculo de indicadores por todos os usuários do sistema, no qual estão disponíveis relatórios gerenciais e específicos para alguns agravos (aids, sífilis congênita e tuberculose), diversas documentações (FIN e FII, material instrutivo, manual de preenchimento, dicionário de dados, etc.) e legislação referente ao sistema, bem como o acesso ao TabWin e ao TabNet para a execução das tabulações desejadas.

De maneira geral, as informações do Sinan têm sido trabalhadas de forma isolada. A utilização de informações provenientes de outros sistemas, como, por exemplo, do SIM, para complementar as informações do SNVE, teve início apenas com a epidemia de aids, após ter-se observado que, no município de São Paulo, havia um número maior de óbitos por aids do que o dos casos notificados pelo SNVE (ALMEIDA, 1998).

Desde então, têm se multiplicado os estudos que buscam estimar a subnotificação de doenças e agravos de notificação compulsória mediante o uso complementar de outros sistemas de informação em saúde (FERREIRA; PORTELLA; VASCONCELLOS, 2000; MOREIRA, 2003; BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Com o objetivo de estimar a subnotificação de casos de aids entre indivíduos hospitalizados pelo SUS no município do Rio de Janeiro, Ferreira e Portella (1999) compararam as informações fornecidas pelo banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), em 1996, com os dados incluídos no Sinan da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro até setembro de 1997. Os resultados do estudo apontaram para uma subnotificação de 42,8% de casos de aids. Por meio de análises bivariadas, as autoras citadas identificaram associações entre a ocorrência de subnotificação e algumas variáveis administrativas (natureza jurídica do hospital), demográficas (sexo, idade, município de residência) e clínicas (diagnóstico principal e secundário, resultado da internação, variável "cobrança"). As autoras consideraram que, dada a agilidade do SIH-SUS, cujos dados podem chegar às mãos dos gestores no período de um a dois meses após sua emissão, a utilização das informações sobre as internações hospitalares poderia constituir um instrumento auxiliar valioso para a detecção de casos de aids, atuando de forma complementar ao Sinan.

Mais recentemente, Barros e Silva (2006) avaliaram e validaram as informações sobre o sarampo e a rubéola existentes no Sinan em Campinas, tomando como referência os dados do Sistema de Vigilância Sindrômica de Febre e Exantema (VigiFEx), que funcionou paralelamente ao Sinan no período de maio de 2003 a junho de 2004. Houve inconsistência entre os dois sistemas, principalmente em relação às variáveis sobre antecedentes epidemiológicos, dados clínicos e conclusão do caso, sendo que os dados do VigiFEx⁸ apresentaram melhor qualidade. Mais do que sinalizar problemas de cobertura ou de qualidade do Sinan, o que se pretende ressaltar aqui é a importância do uso de outros sistemas de informação existentes – SIH, SIM, Sinasc – como sistemas adjuvantes da vigilância de doenças de notifi-

⁷ <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>.

⁸ O Sistema de Vigilância Sindrômica de Febre e Exantema (VigiFEx) foi implantado, em maio de 2003, no Município de Campinas, estado de São Paulo, para funcionar de forma paralela ao Sinan. Considerando-se o elevado custo de operacionalização e sua logística de campo relativamente complexa, esse sistema teve seu período de funcionamento predefinido, com duração de 13 meses.

cação compulsória, o que tem sido facilitado pelo desenvolvimento de *softwares* e outras ferramentas de inter-relacionamento de bancos de dados como o RecLink⁹ (COELI et al., 2003).

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

As entrevistas relativas ao Sinan contemplaram todo o espectro de atores usualmente envolvidos com os sistemas de informação definidos na metodologia desta pesquisa. Das cinco entrevistas efetuadas, cujas análises informam este capítulo, duas foram realizadas com gestores do sistema no nível federal (sendo um deles gestor de um dos subsistemas componentes do Sinan, relativo a um dos agravos específicos), uma com gestor do sistema de informação em nível estadual, outra com gestor do mesmo sistema em nível municipal e, por fim, uma entrevista com pesquisador de uma instituição acadêmica e de pesquisa de porte nacional.

Deve ser mencionado também que, para os diversos entrevistados, essa caracterização corresponde ao papel desempenhado pelo informante-chave na atualidade, embora vários deles, ao longo de suas vidas profissionais, já tenham exercido funções em que se envolveram com atividades típicas dos outros atores. Assim, por exemplo, o pesquisador já atuou, em tempos passados, diretamente vinculado à gestão local do Sinan. Do mesmo modo, vários deles já atuaram na gestão ou trabalharam diretamente com outros sistemas de informação tratados nos demais capítulos desta publicação.

O SINAN: CARACTERÍSTICAS SALIENTADAS NA CONSULTA

É importante ser destacado que, no processo de consulta, o Sinan foi corroborado como um sistema de informações que vem passando por modificações constantes e que obedece a uma lógica diferente dos outros sistemas existentes no país. Isso porque o Sinan, embora considerado como um sistema uno (e ele o é, na medida em que é o sistema de informações que corresponde ao total de doenças e agravos de notificação compulsória), equivale, na prática, a um conjunto de subsistemas relativos a diversas doenças que sempre foram gerenciadas verticalmente na estrutura de organização dos serviços de saúde. Isso determina, segundo os entrevistados, uma grande heterogeneidade e complexidade com os diferentes subsistemas correspondentes a cada agravo/doença, o que apresenta graus diversos de cobertura, de atualidade dos dados, de dificuldades com o preenchimento dos dados, etc. Tal característica do Sinan – um sistema que “um dia deveria ser integrado”, apesar de sempre ter funcionado como um conjunto de subsistemas (com estrutura modular definida pelo espectro amplo de agravos que contempla) – foi de maneira recorrente destacada nas entrevistas, pelos diversos atores, independentemente de sua posição e relação com o sistema de informação. O que se nota no depoimento das pessoas em cargos de gestão é que todos os esforços de aperfeiçoamento foram – e são – no sentido de construir um bom sistema modular, em vez de uma “impossibilidade” integrada. Ao mesmo tempo, pode ser percebido nas falas um consenso acerca da importância de que os vários subsistemas existentes obedecem ao mesmo padrão, utilizam os mesmos conceitos e trabalham com um conjunto mínimo de variáveis, comum a todos, sem que façam parte, necessariamente, de um único banco de dados. Conforme expresso nos depoimentos dos dois gestores federais entrevistados:

Um avanço importante do Sinan foi a organização de um sistema de informação para os agravos de notificação verdadeiramente único para todo o país, superando a grande diversidade e heterogeneidade até então existente nos vários estados e municípios.

⁹ O *software* RecLink®, de desenvolvimento nacional, implementa a técnica de relacionamento probabilístico de registros de bancos de dados, permitindo o relacionamento de bancos de dados (CAMARGO JR; COELI, 2000).

A importância do Sinan foi conseguir, em um país com histórias diversas de organização dos sistemas de saúde (...), ter o mesmo sistema de informação das doenças de notificação compulsória, sendo utilizado em todas as esferas, em todos os estados e municípios (...), com padronização, homogeneidade na coleta da informação, homogeneização dos conceitos de vigilância, definição de casos estabelecida e organização dessa vigilância com um padrão único no país.

Nesse movimento de progressiva unificação e padronização ocorrida com o Sinan, a partir dos anos 90, podem ser detectadas, segundo um dos gestores do nível federal entrevistado, três etapas distintas, a última das quais se completará quando da introdução do Sinan-Net em 2006. As fases em pauta são: (1) a utilização do sistema de informação para todos os agravos de notificação; (2) sua implantação efetiva em todas as unidades da federação e, posteriormente, para os municípios; e (3) a descentralização do sistema para as unidades de saúde, em especial os hospitais.

Ainda que haja unanimidade entre os entrevistados sobre os avanços que ocorreram nesse sistema nos últimos anos, sua principal característica, ou seja, o fato de se constituir num conjunto de sistemas continua sendo apontado como uma fonte de problemas que precisam ser superados.

Em relação às mudanças ocorridas com os sistemas operacionais ao longo desse período (em que o citado sistema evoluiu do Sinan-DOS inicial para a versão Sinan-Windows, em 2000, e para sua nova migração em curso na atualidade, agora para o Sinan-Net), foram destacadas, por um lado, as razões para esse movimento e, por outro, algumas dificuldades, que tiveram de ser enfrentadas. Nas palavras de um dos gestores federais contemplados na consulta:

O formato DOS era bastante limitado, e a plataforma começou a apresentar muitos problemas, à medida que o Sinan ficou maior e mais complexo, além de não permitir a inclusão de críticas que checassem inconsistências. No caso do Sinan-Windows, o sistema permite mensagens que obrigam a confirmação de certos dados pelos digitadores, reduzindo os erros. Existe a possibilidade [de emitir] relatórios de consistência, de completitude, além de o sistema ter uma interface mais amigável e mais fácil de ser utilizada.

Essas dificuldades, manifestas de forma recorrente pelos diversos entrevistados, independentemente do lugar que ocupam na relação com o sistema, podem ser agrupadas em quatro categorias principais: (a) perda de informações e descarte de casos no processo de migração dos dados; (b) problemas com os códigos de identificação das unidades notificadoras e outras variáveis do sistema, favorecendo a duplicação de registros e alterações indevidas nas datas de diagnóstico, notificação e digitação; (c) falta de integração entre aqueles que desenvolveram o sistema e as áreas técnicas; e (d) capacitação precária de profissionais da área técnica na utilização das ferramentas de análise dos dados, como, por exemplo, o TabWin, determinando que sua utilização fique aquém do possível. A fala da entrevista com um gestor federal, destacada a seguir, exemplifica um desses problemas, bem como permite identificar o papel que a falta de integração entre os diversos níveis componentes do sistema de informação teve nesse processo:

A outra dificuldade é que, na implantação do Sinan-Windows, houve um acordo com os estados, que deveriam ter feito um acordo com os seus municípios, de que os estados iriam ter um cadastro único das suas unidades de saúde. E esse acordo não foi cumprido, e a unidade de saúde era a chave do sistema. Então, quando não existia [ou não se encontrava] a unidade de saúde cadastrada [porque às vezes ela existia no cadastro, embora não tivesse sido localizada no momento da digitação], o nível local cadastrava. Isso criou uma duplicidade monstruosa no sistema (...), que nos deu uma tremenda dor de cabeça para se conseguir, primeiro, detectar e, depois, tirar essas duplicidades (...). Até hoje ela ainda acontece.

Outra proposta de aperfeiçoamento do sistema – ainda para 2006 – refere-se à implantação do Sinan-Net, diante da obsolescência do Sinan-Windows, em função do acúmulo progressivo da carga

de informações. Tal mudança objetiva superar a atual morosidade no fluxo de informações, proporcionar maior segurança para a base de dados e atender às necessidades de melhoria das rotinas de funcionamento e de crítica do sistema. A interface mais “amigável” do ponto de vista visual¹⁰ tem por finalidade garantir também a melhoria da qualidade do preenchimento das fichas de notificação e investigação. Por sua vez, a descentralização do sistema se estenderá – nos níveis estadual e municipal – aos hospitais e a algumas das unidades de saúde, que passarão a atuar como fontes notificadoras.

O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO SINAN

Nenhum entrevistado se mostrou contrário à descentralização, tomada como um princípio do SUS, mas foi registrado que sua operacionalização ainda apresenta problemas específicos para os sistemas de informação. Dessa forma, há diferentes pontos de vista sobre os impactos potenciais da descentralização progressiva do Sinan para o nível municipal. Os gestores do nível central – federal e estadual – afirmaram que, com a descentralização, a qualidade da informação tende a piorar, porque no nível local existe maior dificuldade para investigar todos os casos notificados de maneira adequada e, quando feita tal investigação, o processo é muito demorado devido aos lapsos de tempo entre a notificação e a confirmação dos casos. Ao mesmo tempo, a descentralização contribui para a melhoria da cobertura e para a possibilidade de o nível local ter mais acesso a seus próprios dados e usá-los nas suas análises epidemiológicas. As palavras de um gestor do nível estadual sublinham alguns desses problemas:

Quanto mais descentraliza, melhora a cobertura (...), [mas é] pior (...), mais traumático para a qualidade [da informação] (...) e, também, quanto mais se descentraliza, mais ocorrem dificuldades na hora de trocar uma versão, [pois a gente] tem que gravar CD para todo mundo, capacitar os profissionais e fazer a troca de versões.

A descentralização progressiva do sistema também aumentou a duplicação de registros,¹¹ porque o caso notificado pelo município de residência pode vir a ser notificado também pelo município de atendimento. Apesar da introdução de críticas para evitar que isso aconteça, no caso das doenças crônicas, quando a notificação está atrelada à obtenção de medicamentos, isso ainda continua ocorrendo, seja quando os doentes passam a residir em outros municípios, seja porque se vinculam e são medicados em mais de um município. Por outro lado, como no Sinan nem sempre as unidades de notificação estão padronizadas, isso também é uma causa de duplicação de registros no interior de um mesmo município. A duplicidade pode conduzir a erros na estimativa de incidência: na medida em que não há um acompanhamento sistemático dessas notificações e, conseqüentemente, não se procede à exclusão de tais erros do sistema, o número de casos de uma determinada doença acaba sendo superestimado, aumentando os dados sobre sua incidência.

Para um gestor federal, a reorganização que envolveu a padronização de normas, fluxos, conceitos e a criação de um instrumento único de notificação, substituindo a realidade vigente até então, em que cada localidade desenvolvia e utilizava seus próprios modelos de fichas, constitui-se em uma possibilidade de superação dos entraves do funcionamento do sistema. Outro gestor do nível federal lembrou que essa padronização, contudo, não impedirá que os níveis municipal e estadual acrescentem outras variáveis – e, até mesmo, novos agravos que julguem relevantes para sua vigilância e suas

¹⁰ Aqueles que estudam a interface homem-máquina classificam como amigável uma interface de aparência agradável, com facilidade de se lidar com as telas e os comandos do sistema, que permite que o usuário se sinta bem ao mexer com o sistema e que o sistema passe intuitivamente a sensação de que é fácil de ser operado.

¹¹ Duplo registro é um conceito utilizado na situação em que o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez pela mesma ou por outra unidade de saúde durante o mesmo tratamento (transferência oficial ou espontânea) ou em tratamentos diferentes (recidiva, reingresso após abandono ou outros reingressos). Esses casos tendem a ser mais comuns em doenças crônicas, como hanseníase e tuberculose.

ações – a esse formulário único padronizado nacionalmente, desde que sejam respeitados os critérios e os procedimentos estabelecidos. A flexibilidade dessa reorganização é evidenciada pela inclusão, em 2006, de mais nove agravos na área de saúde do trabalhador, além de notificação específica para sífilis em gestantes e febre maculosa, que – apesar de estar presente há algum tempo na lista de doenças de notificação compulsória – ainda não contava com instrumento de coleta dentro do sistema.

A COLETA DE DADOS NO SINAN

Sobre os instrumentos de coleta de dados, os informantes consideraram que um avanço importante relacionado com o Sinan foi a padronização nacional das fichas, tanto de notificação quanto de investigação. O fato de a ficha de investigação ser padronizada, contendo uma parte específica com a mesma informação para todas as doenças – nome do indivíduo, nome da mãe, idade, sexo, escolaridade –, foi também considerado extremamente positivo, em particular pela inexistência no país, até o momento, de um registro único por paciente, o que tem gerado significativos problemas para o relacionamento e a “conversa” entre os bancos de dados.

Entretanto, os diversos atores apontaram alguns problemas relativos aos instrumentos de coleta de dados que precisam ser mencionados. Em primeiro lugar, problema quanto à sua elaboração, cuja sistemática não incluiu nem uma testagem exaustiva das novas fichas nem seu emprego experimental em serviços que melhor retratem o cotidiano da rede de serviços. A testagem em serviços de excelência e com profissionais especializados e motivados impede, por vezes, a plena e oportuna identificação de problemas, principalmente daqueles relacionados ao entendimento e à interpretação das variáveis, o que só vem a acontecer quando o instrumento chega efetivamente aos serviços de vigilância epidemiológica. Conforme o depoimento de um gestor do nível central:

Quando fazemos uma nova ficha, não testamos convenientemente essa ficha. (...) Porque não testamos na vida real. E normalmente são as pessoas que têm o costume de usar a ficha, que têm o costume de usar o sistema, que são o seu teste, o seu testador. (...) É um erro nosso de fazer as coisas e achar que ela está pronta para ir para o campo, sem ter o entendimento de que aquilo quer dizer exatamente o que se queria. (...) Quando vai para o nível local, aí a coisa complica mais ainda (...), [pois] não existe nenhum consenso, nem no nível nacional e nem no nível local (...), tanto que, no nível nacional, resolveu-se tirar algumas variáveis porque, mesmo dentro do Ministério, se brigava por causa da interpretação e do significado.

Outro aspecto ressaltado como fator que contribui para problemas de preenchimento, cobertura e consistência das informações foi a desestruturação da vigilância no nível local, uma vez que é entendido que tal vigilância tem início nos próprios atos de assistência, identificação e notificação do agravo. A grande rotatividade de profissionais de saúde, mormente alta no Programa Saúde da Família, agrega dificuldades adicionais para o bom funcionamento do sistema, trazendo importantes problemas de qualidade no preenchimento dos instrumentos e demandando um treinamento quase contínuo de um grande quantitativo de profissionais com capacidades e conhecimentos muito variados.

COBERTURA DO SINAN

Sobre a cobertura e a completitude dos registros do Sinan, os entrevistados foram unânimes em apontar as significativas desigualdades existentes entre os vários agravos compreendidos no Sinan, com alguns tendo razoáveis coberturas, enquanto, em relação a outras doenças, a mesma cobertura

é muito ruim. Foram sinalizados os avanços significativos ocorridos no registro de doenças agudas, em particular nos casos de meningite e sarampo. A leishmaniose e a aids são outros dois agravos em relação aos quais foi considerado ter havido melhoria progressiva na cobertura e maior qualidade da informação. Por outro lado, agravos relativos à sífilis congênita e em gestantes e os relativos à gestante portadora de HIV foram considerados agravos sabidamente subnotificados. Também foi salientada a persistência de problemas significativos na notificação de algumas doenças crônicas, em especial da tuberculose e da hanseníase, cujos casos têm uma vigilância mais complexa e necessitam de atualização de informações relativas ao acompanhamento dos casos pelos municípios.

As entrevistas corroboraram que diferenciais significativos também ocorrem entre as regiões e mesmo entre localidades próximas. Estados das regiões Norte e Nordeste tendem a ter piores índices de cobertura do sistema. Os dados referentes às capitais também tendem a ser melhores do que os de outras cidades do estado. Até para uma mesma doença ocorrem desigualdades espaciais e mesmo temporais. Em parte, esses diferenciais foram atribuídos à complexidade envolvida no processo de descentralização do sistema de informação para as unidades infra-estaduais, o que exige suporte técnico, maquinário adequado e pessoal capacitado. Outro motivo levantado para o fato de que as notificações estão concentradas em certo número dos mais de 5 mil municípios brasileiros – ainda que a ocorrência de agravos seja dispersa – foi que tal situação decorre porque a notificação tem sua origem na assistência, tendendo a espelhar, portanto, a realidade de cobertura da atenção à saúde no país. Nesse sentido, foi destacado que a expansão do Programa Saúde da Família, ainda que tenha melhorado parcialmente essa situação, não resolveu o problema porque o referido programa convive com uma enorme falta de profissionais e agentes comunitários e com uma grande rotatividade de pessoal.

Outro aspecto consensualmente ressaltado foi a precariedade de cobertura do setor privado, que não internalizou a cultura de notificação dos agravos. Isso contribui não só para o quadro das subnotificações como um todo, mas para uma subnotificação mais concentrada para alguns agravos e em algumas regiões, em particular naquelas localidades onde existe maior participação do seguro-saúde. Já o grau de subnotificação tende a ser menor para aqueles agravos em que a notificação é condição para o acesso a medicamentos, como é o caso da tuberculose e da aids.

Como estratégias para elevar a cobertura, os informantes ressaltaram, entre outras, a importância de se trabalhar, de forma relacionada, os vários sistemas de informação existentes. Esse inter-relacionamento de bancos permitiria, inclusive, a identificação de pacientes atendidos e acompanhados pelos setores suplementar e privado de saúde. Nesse sentido, a informatização dos vários bancos de dados e a evolução das ferramentas atualmente disponíveis para essas ações (em especial do software ReLink[®]) têm permitido essa “linkagem” (associação dinâmica) com outros sistemas de informação, como o SIM, o Sinasc e o SIH. Especificamente no caso do Sinan-Aids, existem iniciativas para o estabelecimento de links entre o Sinan e outros sistemas de informação do Programa Nacional de DST e Aids, principalmente com o Siscel,¹² que é um sistema de laboratórios informatizado, com funcionamento on-line e com uma cobertura considerada razoável, e com o Siclom,¹³ que é um sistema de logística de medicamentos ainda não plenamente informatizado.

¹² Siscel (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais): Sistema de informações criado com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia anti-retroviral (Tarv). Traz informações relevantes sobre a contagem inicial de linfócitos T CD4, por ocasião de teste para avaliar indicação de tratamento, bem como número médio anual de exames por paciente em Tarv, entre outras. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

¹³ Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos): Sistema de informações criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos anti-retrovirais (ARV). O sistema permite que o Programa Nacional de DST e Aids se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em Tarv nas várias regiões do país. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.

A questão da subnotificação deve ser enfrentada, segundo o gestor federal, por “cada área técnica que, na sua vigilância, tem que estar organizando a estratégia para melhorar a captação da informação”. Essas mesmas áreas técnicas são responsáveis pela qualidade do preenchimento no que se refere à completude das fichas de notificação.

QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES DO SISTEMA

A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos sistemas de informação. No caso do Sinan, a qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário. É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para que se constituam em instrumentos capazes de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações. Nesse sentido, algumas medidas têm sido tomadas para tornar cada vez mais difundida, entre os gestores do sistema de saúde, a importância da notificação, principalmente daquela feita com qualidade. Foram citados pelos gestores federais e o estadual os investimentos em capacitação de recursos humanos para o diagnóstico de casos e a realização de investigações epidemiológicas correspondentes, a organização de oficinas e fóruns de discussão com estados e municípios, bem como para a organização de forças-tarefa que atuam no âmbito dos estados. Tais forças-tarefa compreendem profissionais contratados pelo nível federal para monitorar, nos estados, a vigilância epidemiológica e o sistema de informação. Conforme a fala de um dos gestores federais:

Temos feito oficinas de capacitação (...). Hoje, tanto para a hanseníase quanto para a tuberculose, existe um grupo de pessoas designadas no estado para monitorar a vigilância juntamente com a vigilância epidemiológica estadual. Temos feito oficinas em que estamos falando de validação da informação (...). Trazemos os municípios prioritários, os interlocutores do Sinan e os grupos tarefa e capacitamos os profissionais para que identifiquem os problemas do banco de dados do estado (...). Os representantes de cada município e de cada estado levam os seus próprios bancos de dados. Assim, estamos trabalhando na capacitação desses profissionais, para identificar duplicidades, para validar a informação.

Exigências de financiamento que incorporaram indicadores epidemiológicos como condição para liberação de recursos aos sistemas municipais de saúde foram vistas pelos entrevistados como um fator que teve um efeito dual e contraditório. Assim, algumas medidas empreendidas para elevar a cobertura e minorar irregularidades de fluxo podem, eventualmente, repercutir negativamente na qualidade da informação. Por exemplo, no caso do Piso de Atenção Básica, a ameaça de suspensão dos repasses de recursos quando o município deixa de alimentar o sistema durante dois meses¹⁴ fortalece, por um lado, a importância do sistema de informação, mas, por outro, suspeita-se que esse mecanismo possa induzi-lo à notificação de baixa qualidade, sendo que os municípios podem tão somente alimentar os sistemas, sem necessariamente fazer um uso efetivo da informação.

Segundo a opinião do gestor federal do sistema, a introdução de indicadores que utilizam informações do Sinan na Programação Pactuada Integrada (PPI),¹⁵ tal como a proporção de casos com encerramento oportuno, tem se mostrado uma alternativa mais eficaz para melhorar a qualidade da

¹⁴ Conforme o disposto na Portaria MS/GM nº 1.882, de 16 de dezembro de 1997, que institui o PAB, e mais recentemente no parágrafo 4º do art. 5º da Portaria MS/GM nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, a interrupção no envio de dados, por dois meses consecutivos, acarretará a suspensão das transferências dos recursos financeiros do Piso de Atenção. Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS nº 1/2001 e a Portaria MS/GM nº 95/2001 (BRASIL, 2001), a falta de alimentação, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, acarretará a desabilitação do município da sua condição de gestor.

¹⁵ A Portaria MS/GM nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, e a Portaria MS nº 950, de 23 de dezembro de 1999, instituíram o repasse fundo a fundo dos recursos do governo federal para o desenvolvimento das atividades de epidemiologia, vigilância e controle de doenças, rompendo os mecanismos de repasses convencionais e por produção de serviços. A definição do teto financeiro para estados e municípios leva em consideração diferenças epidemiológicas regionais e operacionais; valores diferenciados, de acordo com a extensão territorial do município; e acréscimo de um valor fixo *per capita* para os municípios que assumem a gestão das ações de vigilância e controle de doenças. As referidas portarias estabelecem as competências da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além das condições para a certificação dos diferentes níveis, na gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças, bem como definem a Programação Pactuada Integrada como o eixo de negociação das ações dessa área.

informação. Pode-se inferir, pela fala desse gestor, que as práticas de incentivo são mais adequadas à melhoria da qualidade da informação do que o recurso à penalidade.

Como medidas para identificar os casos adicionais ainda não notificados, o pesquisador entrevistado recomendou a busca ativa de casos, a vinculação do fornecimento de insumos (por exemplo, medicamentos ou testes diagnósticos) à notificação, o incentivo à notificação negativa¹⁶ e os incentivos financeiros ao uso dos dados para planejamento e avaliação das ações de saúde.

A Opas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002) recomenda que a qualidade das informações seja verificada antes do envio dos dados ao sistema, para garantir o preenchimento mais completo possível dos campos. A mesma recomendação é feita em relação ao Sinan, sendo definidas atribuições de atualização, correção, exclusão e identificação de duplicidade de registros entre os níveis municipal e estadual para subsidiar análises epidemiológicas e operacionais e apoiar a tomada de decisão (BRASIL, 2004b).

Um dos gestores do nível federal reconheceu que “o caso é do município” e cabe a ele tratá-lo de maneira correta. Mas o pesquisador entrevistado, um usuário freqüente do sistema, enfatizou que a importância de confirmar e fechar os casos não deve acarretar um “preciosismo do nível local” – decorrente da preocupação dos profissionais com a qualidade e com a liberação de dados intermediários, não confiáveis e passíveis de críticas e problemas quando divulgados – que retarde o fluxo dos casos. Os retardos no fluxo e, por conseqüência, na posterior disponibilização de informações também têm sua origem na organização da vigilância e do sistema no nível local, com base no fato de que muitos municípios não investigam e não notificam. Por fim, foi considerado que outro elemento que contribui para o atraso no fluxo de informações diz respeito à organização de algumas secretarias de saúde, que contam apenas com um ou poucos profissionais para digitar todas as fichas de notificação. Além disso, muitas vezes, nem se trata de um profissional vinculado à vigilância epidemiológica ou com treinamento específico.

Para o pesquisador entrevistado, contudo, o contrário do já mencionado “preciosismo” não é inundar o sistema com um número exagerado de casos mal acabados, mas sim construir indicadores de qualidade dos dados e das estimativas de cobertura, como, por exemplo, a quantidade de casos confirmados mediante o resultado laboratorial positivo ou negativo.

A necessidade de se ter um panorama da situação nacional no que se refere à incidência das doenças de notificação compulsória é admitida pelo nível local, que entende que deve informar o nível federal da melhor maneira possível, o que reforça a tendência ao preciosismo referido. Da mesma forma, para um dos gestores do nível federal:

Não há sentido o município ser apenas um repassador de informações para os níveis estadual e federal (...). [O município] tem que ser o gestor da informação, tem que fazer análise epidemiológica.

Visto por este prisma, o tratamento dado no nível local tem um caráter positivo porque vem ao encontro da idéia de que a qualidade da informação melhora quando o nível local consegue realizar suas análises. Entretanto, conforme afirmou um gestor municipal:

Quem tem que fazer a análise de banco do nível local é o nível local (...), [mas] para isso tenho que ter meu banco aqui, tenho que analisá-lo, [ou seja,] [tenho que controlar] duplicações, fazer levantamento de casos, cruzar as variáveis.

Tal necessidade do nível local deriva, em parte, do fato de que os dados não retornam aos municípios com a freqüência desejada, exceto no caso do subsistema de aids. Esses problemas no fluxo de descida das informações, no feedback do nível central para a periferia do sistema, afetam a motivação das próprias equipes assistenciais e das envolvidas com a vigilância epidemiológica no

¹⁶ A notificação negativa corresponde à notificação da não-ocorrência de doenças de notificação compulsória, na área de abrangência da unidade de saúde, e demonstra que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão em alerta para a ocorrência de tais eventos.

nível local. Espera-se que a tendência de “segurar o dado” para melhor tratamento e a conseqüente manutenção de bases de dados locais possa vir a ser sanada com o lançamento do Sinan-Net, que garantirá o acesso às informações em todos os níveis.

Um dos gestores federais consultados manifestou preocupação com os casos das doenças de notificação imediata,¹⁷ pois freqüentemente ocorre que tais casos sejam notificados por comunicação telefônica e, em seguida, deixem de ser registrados no Sinan, porque o município sente-se “desobrigado de informar o sistema”. Para aprimorar ainda mais as notificações imediatas, encontra-se em curso a organização de um sistema específico que congregará todos esses agravos em um único centro, cujo funcionamento será ininterrupto e incluirá também orientações aos pacientes e profissionais. Nos termos de sua fala:

O Ministério da Saúde está criando o SIE [o nome ainda não está definido], que será um sistema de informação da vigilância epidemiológica que permitirá a notificação monitorada no país todo, vai ter centro, um 0800, e vai poder notificar do Brasil inteiro para um único lugar (...). Será também um centro de orientação para as pessoas. É uma proposta de ampliação desse escopo da vigilância mesmo. E a idéia é que até o fim do ano [2006] estará sendo inaugurado.

Segundo este mesmo gestor, outro problema que precisa ser solucionado diz respeito à notificação de surtos,¹⁸ que é feita de maneira agregada para um conjunto de casos. Esse formato, porém, não é adequado à lógica do Sinan, cujo registro é baseado na informação individualizada. Para o gestor em foco, “o módulo de surto tem servido para doenças que não são de notificação compulsória [e] acontecem esporadicamente”. A vigilância de surtos e das doenças de notificação imediata deverá ser agilizada e aprimorada com a entrada em funcionamento do Sinan-Net, que objetiva permitir um conhecimento mais rápido dos casos e um monitoramento mais dinâmico, possibilitando que as autoridades sanitárias identifiquem mais prontamente as mudanças de comportamento das doenças e estabeleçam as medidas adequadas a cada situação ou caso.

Outra questão levantada como agregadora de dificuldades e complexidade a esse sistema de informações refere-se à notificação negativa. A exigência de notificação, mesmo quando da não-ocorrência de agravos em um dado período, constitui uma singularidade do Sinan *vis-à-vis* outros sistemas de informação em saúde existentes no país. Tal importância foi reiteradamente destacada pelos gestores do sistema nos vários níveis, o que é, a seguir, exemplificado pela fala do gestor estadual consultado.

Na medida em que se implanta o sistema, é necessário começar a fazer notificação negativa também. Não são apenas os casos positivos (...). Toda semana, devem ser reportados os casos para o Sinan, seja algum caso de doença de notificação compulsória, seja uma notificação negativa. Então, é um sistema diferente de outros sistemas, que só vão ter informação quando ocorrer o evento em questão (...). O Sinan, não: ele tem que funcionar 52 semanas por ano (...). Assim, é preciso haver uma pessoa que trabalhe com sistema de informação todo o tempo, que colete a informação nas unidades de saúde, seja positiva ou negativa, e que digite isso, geralmente na sede do município. Demanda, assim, todo um aparato de organização (...). Não é só chegar

¹⁷ Existem agravos que, além da notificação periódica, devem ser comunicados imediatamente ao órgão de vigilância epidemiológica estadual e deste para a SVS, no ato da constatação da suspeita ou do diagnóstico de caso ou surto, por meio de telefonema, fax ou *e-mail*, sem prejuízo do registro das notificações pelos procedimentos rotineiros do Sinan. Cada nível deverá informar ao nível hierárquico superior a ocorrência dessas notificações num prazo máximo de 24 horas (BRASIL, 2006b). A importância do conhecimento da ocorrência desses agravos pelas autoridades sanitárias encontra-se relacionada à possibilidade e à urgência do desenvolvimento de ações específicas de controle (por exemplo, vacinação de bloqueio, uso de medicamentos específicos para evitar o surgimento de casos secundários, etc. A lista de doenças de notificação compulsória colocada como anexo deste capítulo traz discriminados os agravos e as doenças atualmente categorizados como de notificação imediata.

¹⁸ Segundo o manual de preenchimento do Sinan (BRASIL, 2006a), a notificação de surto deve acontecer em três situações: (1) existência de pelo menos dois casos epidemiologicamente vinculados de agravos inusitados, sendo que a notificação desses agravos deverá ser realizada por meio da abordagem sindrômica, de acordo com as seguintes categorias: diarreia aguda sanguinolenta, icterícia aguda, febre hemorrágica aguda, respiratória aguda, neurológica aguda, insuficiência renal aguda e outras síndromes; (2) existência de casos agregados, que constituem uma situação epidêmica das doenças que não constam na Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC); e (3) existência de casos agregados das doenças que constam na LDNC, mas cujo volume das notificações torne operacionalmente inviável o registro individualizado dos casos.

e instalar o sistema. E existem municípios, como os pequenos, que não justificam a implantação do sistema nessa extensão nas unidades de saúde.

Desde o início do funcionamento do Sinan, tem havido uma grande e quase contínua discussão sobre quais variáveis devem ser consideradas para constar das fichas de notificação e investigação. Nesse sentido, um gestor do nível federal apontou para a permanente tensão entre “a megalomania de cada área [técnica] de querer colocar tudo dentro da ficha e o que era realmente necessário para [o desenvolvimento das] ações”.

Atualmente, a quantidade de variáveis a ser rotineiramente coletada é muito grande, o que, inclusive, interfere negativamente na qualidade do preenchimento. A presença ou a inclusão de variáveis socioeconômicas – raça, escolaridade, ocupação – na ficha de notificação não significa que elas são bem informadas. Tanto os entrevistados do nível federal quanto do municipal pontuaram as dificuldades relacionadas com o preenchimento das variáveis “ocupação” e “escolaridade”. A despeito de apontarem a existência de certos problemas de confiabilidade, foi destacada pelos entrevistados a importância da presença e do uso dessas variáveis, em especial no caso da aids, para a caracterização e o monitoramento da evolução da epidemia no país. Ao mesmo tempo, foi ressaltado que o uso dessas variáveis é ainda muito baixo em outros subsistemas do Sinan, havendo, portanto, a necessidade de esforços permanentes para que essa utilização se intensifique.

DISSEMINAÇÃO E USO DAS INFORMAÇÕES

O processo decisório no planejamento de ações de saúde tem (ou deveria ter) como componente fundamental a informação. Por sua vez, a informação tem como pressuposto o acesso a dados fidedignos, relevantes e no formato adequado. No caso do Sinan, a principal via de divulgação dos dados ainda se restringe ao Boletim Epidemiológico, emitido pelo Ministério da Saúde, sendo que, como pontuou um dos gestores federais:

O único subsistema que, já há alguns anos, disponibiliza seus bancos de dados pela internet é o Sinan-Aids.

Ferramentas específicas de trabalho a partir dos bancos de dados, como o TabWin e o TabNet, tiveram sua disponibilização em tempos mais recentes e são vistas como relativamente simples e de fácil manejo pelos gestores centrais do sistema, mas não pelo gestor municipal do Sinan, que considerou que dificuldades para a sua compreensão e o seu manuseio podem ser responsáveis pelo seu uso ainda muito restrito por parte dos gestores locais e conselheiros de saúde. Ao mesmo tempo, uma maior utilização desse recurso foi vista como um elemento que permitirá aos gestores locais de saúde que se apropriem das informações disponíveis para trabalhar o perfil epidemiológico de suas populações, identificando prioridades e avaliando a efetividade das ações desenvolvidas.

O pesquisador contemplado na consulta, por sua vez, considerou que o TabWin tem cumprido o papel de funcionar como uma ferramenta de baixo custo tecnológico que permite a análise descritiva dos dados, ainda que tenha ponderado que:

Se o nível local não tiver um computador na secretaria, como vai dar conta de consultar o TabNet? (...) Se ele consultar, não consegue saber, porque não sabe mexer: o acesso dele é discado, não é internet rápida.

Essa situação, para ele, está associada ao porte dos municípios, uma vez que os muito pequenos não precisam, necessariamente, trabalhar com os grandes bancos de dados, em virtude da baixa frequência dos eventos em seu espaço territorial. No outro extremo estão as grandes capitais, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que dispõem de recursos humanos e computacionais, além de possibilidades de parcerias com instituições de ensino e pesquisa, o que lhes confere maior

capacidade de análise. Segundo o referido pesquisador:

No meio do caminho [existem] uns 3000 municípios que [são os usuários potenciais do TabWin] (...). Esse é o universo dos municípios que precisam enxergar sua situação de saúde por intermédio de indicadores (...) minimamente informatizados e [com] acesso aos dados.

Ainda no que diz respeito à análise de dados no nível local, segundo o mesmo usuário, existem indicadores – como os de letalidade e sobrevida – referentes a determinados agravos do Sinan que são importantes para os gestores e podem ser construídos a partir de informações complementares que estão registradas em outros sistemas, como o SIM (óbitos) e o SIH (internações).

O uso que os municípios fazem das informações existentes no Sinan para o planejamento e a avaliação das ações foi considerado muito variável e, geralmente, ainda pequeno e fortemente dependente das capacidades operacionais existentes, predominando nas capitais e nos municípios de grande porte. Nos termos utilizados por um dos gestores federais:

Existe ainda uma falha muito grande. O município ainda é um grande repassador de informação. Quem faz [análise] ainda é o estado e o nível federal. Já vemos municípios grandes, de médio porte, com capacidade de elaboração de boletins, de informes epidemiológicos, semanais, mensais, que realmente usam a informação. Em Recife [Pernambuco], em Alagoas, no Rio Grande do Sul também [se] faz isso (...): ir aos bancos de dados para melhorar a informação, buscar a informação de óbitos do SIM para ver se realmente a pessoa está informada no Sinan, se está viva ou morta a partir da doença (...). Já se vê municípios com capacidade de análise muito importante. Existem municípios fazendo monitoramento de áreas de risco, com georreferenciamento, usando os dados do Sinan e cruzando isso com outras informações, de saneamento (...). Mas isso é um processo recente, que predomina nas grandes capitais. Na maioria dos municípios, quando os gestores conseguem fazer aquela análise epidemiológica básica, análise descritiva, já se está conseguindo um grande avanço (...). Existem municípios que não sabem sequer tirar uma tabulação no sistema; literalmente, são só meros repassadores. (...) Esse ainda é um grande desafio com a municipalização e a descentralização.

O processo de descentralização em curso, que transfere a responsabilidade da notificação para os hospitais, procurando aumentar a capilaridade do sistema, poderá enfrentar problemas de qualidade se não for acompanhado de um programa adequado de capacitação na área de recursos humanos. Nesse sentido, reconhecendo que a quantidade de variáveis e de informações a ser coletada rotineiramente é muito grande (e um dos fatores que impacta negativamente na qualidade do preenchimento), o nível federal do sistema de informação tem elaborado, junto com as áreas técnicas correspondentes aos agravos, os Cadernos de Análise. Os Cadernos¹⁹ foram desenvolvidos com o objetivo de demonstrar e facilitar a realização da análise da qualidade da base de dados do Sinan e o cálculo de indicadores, pelas equipes estaduais, regionais e municipais, atividade esta imprescindível para que os dados possam efetivamente subsidiar análises epidemiológicas e tomadas de decisão. A este respeito, um dos gestores federais fez a seguinte consideração:

Na parte inicial do Caderno, existe o padrão, que é igual para todas as doenças de notificação compulsória, porque a ficha de notificação é padrão. Dentro de cada Caderno se repetem os mesmos indicadores [proporção dos casos por sexo, por idade, por escolaridade, por raça, etc.]. Mas, em cada um, existem também variáveis específicas, que são as informações que estão dentro da ficha de investigação própria de cada agravo

¹⁹ À época da realização das entrevistas – dezembro de 2006 – já existiam, segundo o gestor federal do Sinan entrevistado, doze Cadernos prontos: (1) Caderno de Análise Geral; (2) Caderno de Análise de Aids; (3) Caderno de Análise de Animais Peçonhentos; (4) Caderno de Análise das Doenças Exantemáticas; (5) Caderno de Análise de Febre Amarela; (6) Caderno de Análise de Hanseníase; (7) Caderno de Análise de Leishmaniose Tegumentar Americana; (8) Caderno de Análise de Meningites; (9) Caderno de Análise de Paralisia Flácida Aguda/Pólio; (10) Caderno de Análise de Raiva; (11) Caderno de Análise de Tétano Acidental; (12) Caderno de Análise de Tétano Neonatal. Era intenção do Ministério da Saúde estender o desenvolvimento desse recurso a todas as principais condições constantes da Lista de Doenças de Notificação Compulsória.

(...). Estamos trabalhando para que o usuário compreenda a importância dessas variáveis e saiba tanto fazer análise de consistência quanto elaborar outros indicadores epidemiológicos a partir daquelas variáveis. Desde 2003, o Sinan investe na questão da capacitação, que a gente chama de análise de dados, da qualidade do banco de dados, e no preenchimento desses instrumentos a partir das variáveis essenciais.

RECURSOS HUMANOS

O gestor municipal entrevistado foi explícito ao destacar a necessidade de capacitação contínua dos serviços, a fim de melhorar a qualidade da notificação, mesmo em áreas onde bons resultados são visíveis. Embora lembrando a pequena ênfase que é dada à importância da notificação compulsória nos currículos da área da Saúde, para este gestor do nível local, os médicos residentes, por exemplo, são bons notificadores, mas o caráter rotativo do programa de residência médica leva à substituição freqüente desse quadro. Nesse sentido, espera-se que a disseminação dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar introduza uma cultura de notificação neste ambiente, capacitando não apenas o residente, mas também outros profissionais da área da Saúde. Os gestores federais entrevistados concordam com essa opinião, assinalando que esse esforço de capacitação e treinamento necessita ter dois focos: (1) os profissionais do sistema de saúde, responsáveis pelo atendimento individual e a notificação dos casos; e (2) os profissionais da vigilância e os gestores do sistema de informação. Conforme as falas desses gestores:

A rotatividade dos profissionais tem exigido, periodicamente, um esforço enorme de capacitação. (...) Esse é um trabalho infundável mas que precisa ser realizado porque o responsável pelo desencadeamento de todo esse processo é o profissional da ponta, que atende e lida diretamente na assistência dos casos e, portanto, que inclui – ou deve incluir – entre suas tarefas de trabalho a notificação dos agravos.

Todo o tempo, temos de estar investindo na capacitação, o que tem exigido um esforço enorme de capacitação anual (...). Todo ano, um investimento muito grande (...). O Sinan é um sistema complexo, tem N rotinas que o usuário não sabe utilizar ainda. Assim, ele pode perder a base de dados, manipular a base de forma incorreta.

À GUIA DE CONCLUSÃO

Ainda que o caráter compulsório da notificação implique responsabilidades formais para todo cidadão e uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da Saúde, sabe-se que a notificação nem sempre é realizada. Isso ocorre, entre outros motivos, por desconhecimento da importância da notificação e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar. De formas diversas, essa idéia central esteve presente ou subjacente nas falas dos diversos entrevistados, independentemente da sua posição na cadeia de relacionamento com o Sinan.

O Sinan é visto como um sistema de informação que, ainda que possua diversos problemas e dificuldades, apresentou uma grande evolução ao longo do tempo de sua existência, estando já bem consolidado e com confiabilidade crescente junto aos seus usuários.

Observou-se um avanço na infra-estrutura operacional, na informatização, no fluxo de dados e na disponibilidade de recursos humanos vinculados à vigilância epidemiológica e ao sistema, especificamente falando, tanto no nível central quanto no estadual, bem como em uma parcela significativa dos municípios. Fruto da descentralização, os municípios foram incorporados ao Sistema de

Vigilância Epidemiológica e ao Sinan, principalmente na coleta e no fluxo de informação. Algumas atividades tiveram um maior desenvolvimento institucional, como a notificação e a investigação epidemiológica.

A análise de dados continua sendo, contudo, um importante ponto de estrangulamento em todos os níveis do sistema. Foi recorrentemente identificado na consulta que o uso real que se faz das informações presentes no Sinan está ainda muito aquém daquele que poderia ser feito, porque o sistema evoluiu a um estágio que permite a obtenção da informação por qualquer nível de desagregação espacial. Isso significa dizer que ele está possibilitado ao gestor local, principalmente se este trabalhar associando as informações relativas à mortalidade e à internação hospitalar a uma visão e uma análise muito completas sobre a situação de saúde em sua localidade, inclusive em termos comparativos com outras regiões do próprio estado ou do país.

PONTOS FORTES DO SINAN

Com base nos depoimentos, é possível também constatar um razoável consenso no que se refere aos pontos “que deram certo” ou que “estão funcionando” no Sinan. Apresentamos os referidos pontos a seguir.

- É um sistema que passou do formato de “dados que eram condensados no nível central” para o formato em que o acesso a tais dados se processa “caso a caso”.
- O acesso tem progressivamente deixado de ser restrito, tornando-se mais democratizado.
- A introdução do Sinan-Net é vista como um esforço que contribuirá para melhorar o fluxo da notificação, agilizar o envio das informações, superar os problemas de sub-registro e tornar mais fácil a tabulação e a análise dos dados para diferentes usuários.
- A padronização das fichas de investigação possibilitará a comunicação entre diferentes subsistemas do Sinan, permitindo a crescente identificação de casos que, registrados em um subsistema, podem estar relacionados entre si, como, por exemplo, tuberculose e aids.
- A padronização também deverá melhorar a possibilidade de comunicação inter-sistemas de informação (SIM, Sinasc, SIH), a partir da utilização de ferramentas como o *software* Reclink®.
- Alguns locais foram apontados como “virtuosos”, tanto no que se refere à cobertura quanto à qualidade da informação. No nível municipal, houve menção aos municípios de Porto Alegre, Belo Horizonte, Goiânia e Curitiba. No plano dos estados e do Distrito Federal, foram citados Alagoas, Distrito Federal, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, São Paulo e Rondônia. Os fatores que contribuem para o destaque dessas localidades variam, mas o principal parece ser a importância que tem sido conferida à informação como ferramenta de política pública. Tal entendimento resulta em apoio à vigilância epidemiológica, às ações de planejamento, ao treinamento de recursos humanos, bem como acarreta em dotação de recursos de informática e cooperação com os diferentes níveis do sistema de saúde.
- É possível afirmar que o caso mais bem-sucedido do Sinan, nos últimos anos, tem sido o da aids, em função da cobertura, da completude das informações e da disponibilização de dados, por intermédio de boletins epidemiológicos e da *internet*.

PONTOS FRACOS DO SINAN

Os entrevistados identificaram um conjunto de demandas colocadas pelos diversos atores atuantes na área de informação – gestores locais e federais do sistema de informação, gestores locais de serviços, pesquisadores e conselheiros de saúde – relacionadas ao Sinan. Entre estas, destaca-se a demanda pela melhoria da qualidade da informação, entendida esta do ponto de vista da completude e da confiabilidade do preenchimento, da cobertura do sistema e da disponibilização das informações com a suficiente rapidez para auxiliar na tomada de decisões, principalmente no caso das doenças agudas (como, por exemplo, a sífilis congênita, que necessita de intervenções concretas e rápidas).

Outra grande demanda, em especial dos níveis mais locais do sistema de informação, é o acesso, condição para que a grande quantidade e a riqueza de informações disponíveis possam ser efetivamente utilizadas no diagnóstico epidemiológico da situação de saúde e no planejamento e na avaliação das ações desencadeadas. Também para os pesquisadores, os bancos precisam ter maior disponibilidade, a fim de que eles o utilizem e produzam informações que aperfeiçoem o conhecimento e subsidiem as decisões de saúde.

O desafio que se impõe ao Sinan, bem como aos diversos outros sistemas de informação em saúde existentes no país, é implementar ações que superem as resistências ao uso das informações no processo de gestão da saúde. Isso significa ter por horizonte a implementação de ações que promovam uma real mudança de cultura no trato das informações, superando as resistências à inclusão de novos indicadores, novas abordagens, novas tecnologias e novos atores sociais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. *IESUS*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 27-33, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_descentralizacao.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2006.
- BARROS, E. N. C.; SILVA, E. M. Vigilância epidemiológica do sarampo e da rubéola no Município de Campinas (SP), Brasil: confiabilidade dos dados. *Rev. Panam. Salud Publica*, [S.l.], v.19, n. 3, p. 172-178, 2006.
- BITTENCOURT, A. S.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.
- BRASIL. Decreto n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976. Dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e agravos (obrigatoriedade da notificação, da investigação e da adoção de medidas de controles). Lei e decreto ainda vigentes. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 out. 1976.
- _____. Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre as organizações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 out. 1975.
- _____. Ministério da Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos, de vigilância epidemiológica e de controle – guia de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Instrução normativa n.º 2, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades de vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo, periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2005a. Seção 1, p. 46.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de Regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.882, de 16 de dezembro de 1997. Condiciona a transferência de recursos do Piso de Assistência Básica (PAB) aos Municípios habilitados (NOB/SUS/01/96) à alimentação regular do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 dez. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.023, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2004a. p. 44-45.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Norma Operacional Básica SUS (NOAS SUS) 01/02*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Grupo Técnico do Sinan. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Nota Técnica da Oficina de Vigilância Epidemiológica sobre o Sinan.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Gerência Técnica do Sinan. *Roteiro para avaliação da qualidade da base de dados do Sinan Windows e para cálculo de indicadores epidemiológicos – doenças exantemáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Documento pertencente à versão Sinan Windows 5.0.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n.º 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006b.

_____. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria n.º 73, de 9 de março de 1998. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e no novo software do Sinan. *Boletim de Serviço da Funasa*, Brasília, 20 mar. 1998.

BRITO, L. S. F. Sistema de informações de agravos de notificação – Sinan. In: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p.145-146.

CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M. Reclink: aplicativo para o relacionamento de banco de dados implementando o método probabilistic record linkage. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 16, p. 439-447, 2000.

COELI, C. M. et al. Probabilistic linkage in household survey on hospital care usage. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 37, p. 91-99, 2003.

FERREIRA, V. M. B.; PORTELLA, M. C. Avaliação da subnotificação de casos de aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 317-324, 1999.

FERREIRA, V. M. B.; PORTELLA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Fatores associados à subnotificação de pacientes com aids, no Rio de Janeiro, RJ, 1996. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 170-177, 2000.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 3, p.135-146, 2004.

MOREIRA, G. V. *SIH/SUS como fonte para produção de indicadores de morbidade para gestão dos serviços de saúde: internações por meningite em geral e sífilis congênita como preditoras da ocorrência na população*. 2003. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La base de datos regional del sarampión: ¿cuán “limpios y completos” son los datos? *Boletín Informativo PAI*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 4-5, 2002. Disponível em: <www.paho.org/Spanish/HVP/HVI/sns2402.pdf>.

SILVA JÚNIOR, J. B. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-SP, Campinas, 2004.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *IESUS*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_usos.pdf>.

ANEXOS

Anexo A – Doenças e agravos de notificação compulsória, segundo o disposto na Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006

1. Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória
 - I. Botulismo
 - II. Carbúnculo ou “antraz”
 - III. Cólera
 - IV. Coqueluche
 - V. Dengue
 - VI. Difteria
 - VII. Doença de Creutzfeldt-Jacob
 - VIII. Doença de Chagas (casos agudos)
 - IX. Doenças meningocócicas e outras meningites
 - X. Esquistossomose (em área não endêmica)
 - XI. Eventos adversos pós-vacinação
 - XII. Febre amarela
 - XIII. Febre do Nilo Ocidental
 - XIV. Febre maculosa
 - XV. Febre tifóide
 - XVI. Hanseníase
 - XVII. Hantavirose
 - XVIII. Hepatites virais
 - XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
 - XX. *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico)
 - XXI. Leishmaniose tegumentar americana
 - XXII. Leishmaniose visceral
 - XXIII. Leptospirose
 - XXIV. Malária
 - XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
 - XXVI. Peste
 - XXVII. Poliomielite
 - XXVIII. Paralisia flácida aguda
 - XXIX. Raiva humana
 - XXX. Rubéola
 - XXXI. Síndrome da rubéola congênita
 - XXXII. Sarampo
 - XXXIII. Sífilis congênita
 - XXXIV. Sífilis em gestante
 - XXXV. Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)

XXXVI. Síndrome febril íctero-hemorrágica aguda

XXXVII. Síndrome respiratória aguda grave

XXXVIII. Tétano

XXXIX. Tularemia

XXXX. Tuberculose

XLI. Varíola

2. Doenças e agravos de notificação imediata

I. Caso suspeito de:

a) Botulismo

b) Carbúnculo ou antraz

c) Cólera

d) Febre amarela

e) Febre do Nilo Ocidental

f) Hantavirose

g) *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico)

h) Peste

i) Poliomielite

j) Raiva humana

l) Sarampo em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior

m) Síndrome febril íctero-hemorrágica aguda

n) Síndrome respiratória aguda grave

o) Varíola

p) Tularemia

II. Caso confirmado de:

a) Tétano neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

a) Agravos inusitados

b) Difteria

c) Doença de Chagas aguda

d) Doença meningocócica

e) *Influenza* humana

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder à ocorrência de doenças em humanos:

a) Epizootias em primatas não-humanos

b) Outras epizootias de importância epidemiológica

3. Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (Lacen) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

a) Botulismo

b) Carbúnculo ou antraz

- c) Cólera
 - d) Febre amarela
 - e) Febre do Nilo Ocidental
 - f) Hantavirose
 - g) *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico)
 - h) Peste
 - i) Poliomielite
 - j) Raiva humana
 - l) Sarampo
 - m) Síndrome respiratória aguda grave
 - n) Varíola
 - o) Tularemia
- II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:
- a) Agravos inusitados
 - b) Doença de Chagas aguda
 - c) Difteria
 - d) Doença meningocócica
 - e) *Influenza* humana

Anexo B – Siglas empregadas no texto

- CBVE – Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica
- Cenepi – Centro Nacional de Epidemiologia
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS
- FII –Ficha Individual de Investigação
- FIN – Ficha Individual de Notificação
- Funasa – Fundação Nacional de Saúde
- LDNC – Lista de Doenças de Notificação Compulsória
- MS – Ministério da Saúde
- Prodabel – Empresa de Processamento de Dados da Prefeitura de Belo Horizonte
- Siclom – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
- Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
- SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
- TARV – Terapia anti-retroviral
- VigiFEx – Sistema de Vigilância Síndrômica de Febre e Exantema
- UF – Unidade da Federação

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)

Vera Edais Pepe

APRESENTAÇÃO

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) foi idealizado, em fins da década de 70, com o intuito de substituir o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), que era utilizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social para ressarcir as despesas dos hospitais contratados e pagos com recursos estatais.¹

Em 1981, sob a denominação de Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), foi implantado e usado experimentalmente em Curitiba e, posteriormente, no estado do Paraná, até 1983, quando passou a ser utilizado no pagamento dos hospitais privados contratados de todo o país. O sistema pagava os hospitais baseando-se em um sistema de remuneração fixa por procedimento, considerando valores médios, pré-fixados, de procedimentos realizados na rede de assistência hospitalar. O formulário padrão denominava-se à época, e ainda se denomina, de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Em 1987, ocorreu a transferência de sua gestão operacional para as secretarias de saúde, que passaram a distribuir os formulários das AIHs, bem como a controlar e avaliar as unidades hospitalares. Naquele ano, esse sistema de remuneração foi ampliado para os hospitais filantrópicos e universitários.

O SAMHPS passou a ser denominado de Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) quando da transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde, no ano de 1991. Naquela época, o sistema passou a incluir informações dos hospitais públicos municipais, estaduais e federais de administração indireta (SCHRAMM, 2000). Vale registrar, portanto, que o SIH-SUS não contém as internações realizadas nos hospitais privados que não prestam serviços ao Sistema Único de Saúde, o que limita a sua cobertura.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) apresenta uma importante diferença em relação aos demais sistemas de informações focalizados nesta publicação. Ele é considerado um banco de dados administrativo de saúde,² cujo principal objetivo é o de pagamento de procedimentos aos hospitais que prestam assistência à população e que fazem parte do Sistema Único de Saúde.

O volume e a atualização de informações contidas no SIH-SUS possibilitam que ele seja de interesse para gerar outras informações que não as de faturamento. Entretanto, por ter como objetivo principal o pagamento das internações realizadas, tal sistema apresenta alguns problemas advindos de imprecisões nas informações, dada a possibilidade de lançamentos enviesados, pelos prestadores de serviços, com a finalidade de perceber maiores rendimentos. É necessário salientar, contudo, que, no decorrer dos anos e nas mudanças ocorridas no SIH-SUS, foram introduzidas e aperfeiçoadas críticas às informações fornecidas, com o intuito de evitar tais distorções.

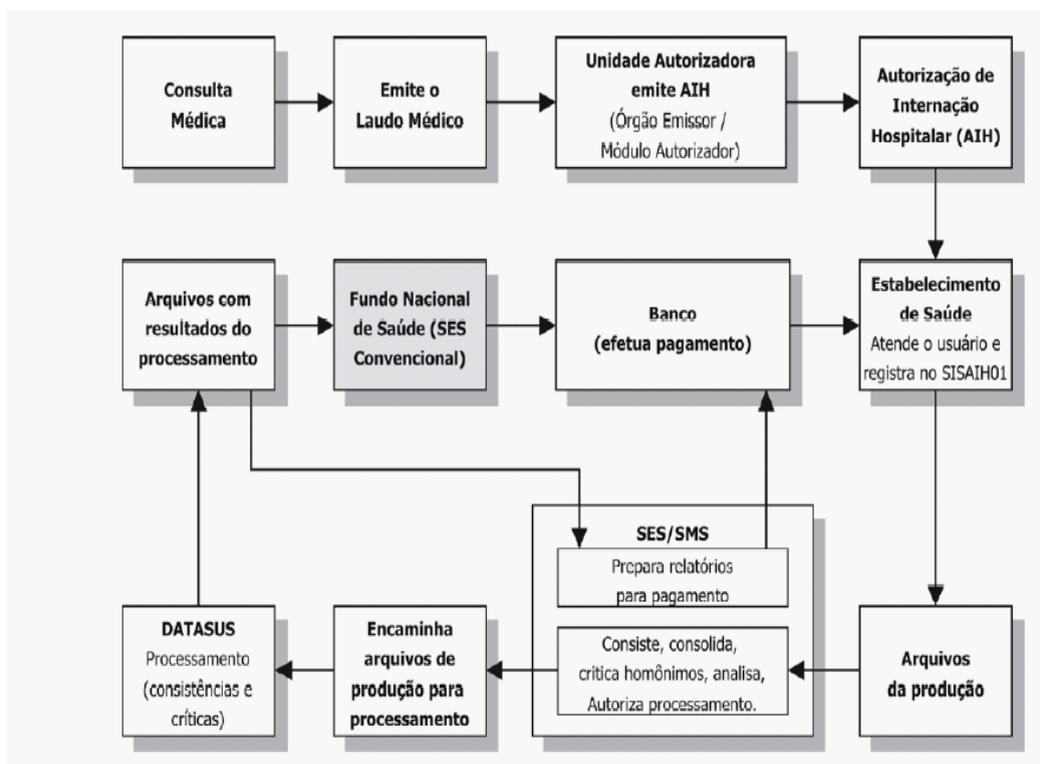
¹ Desde a sua concepção, o SIH-SUS trazia em seu bojo não apenas um caráter administrativo de pagamento dos serviços hospitalares realizados. Ele deveria contemplar, também, aspectos da avaliação dos serviços prestados pela rede hospitalar, que não foram privilegiados quando de sua implantação. A equipe formuladora do sistema propunha que a valorização do desempenho, concretizada num índice de valorização hospitalar (IVH), multiplicador dos valores da tabela, considerasse, entre outros, indicadores de desempenho que deveriam adquirir importância com o aprimoramento do sistema. Entretanto, o IVH foi paulatinamente extinto, tendo sido criado, apenas, um fundo de incentivo para os hospitais universitários (LEUCOVITZ; PEREIRA, 1993).

² Os bancos administrativos são aqueles cujo propósito original de sua coleta não é a avaliação de fatores clínicos ou análises epidemiológicas. Ainda que originários de sistemas que provêm ou financiam assistência médica, geralmente contêm dados sobre os pacientes e os provedores, sendo úteis para o uso em outros fins que não o apenas administrativo.

O formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento pelo qual são pagas as internações hospitalares. A distribuição das AIHs para os estados é realizada num quantitativo anual que corresponde a 9% da população residente, podendo ser estabelecido um teto financeiro para o pagamento das internações nos estados. Cabe aos estados distribuir as AIHs para os municípios de acordo com o estipulado por meio de pactuação entre as instâncias governamentais denominada de Programação Pactuada Integrada (PPI).

O pagamento é efetuado quando da apresentação das AIHs, pelos hospitais, às secretarias de saúde, que por sua vez realizam o processo de crítica para a autorização do pagamento. O fluxo do SIH-SUS pode ser visualizado no quadro a seguir.

Quadro 1. Fluxo do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O laudo médico relativo a cada paciente é encaminhado à unidade autorizadora, que emite uma AIH para ser utilizada pelo hospital. Nas internações realizadas por meio de atendimento no setor de emergência, o hospital tem até 72 horas para solicitar a emissão de uma AIH. Finda a internação (alta do paciente, óbito ou transferência), o estabelecimento de saúde é responsável pela digitação dos dados relativos ao atendimento e pelo encaminhamento mensal de um consolidado à secretaria municipal de saúde (SMS) ou, quando o município não está ainda habilitado para tanto, à secretaria estadual de saúde (SES), que faz a crítica das AIHs, consolida as informações e prepara o relatório para o pagamento. Nesta etapa, as AIHs rejeitadas retornam ao hospital, podendo ser refeitas e, então, novamente apresentadas. A SMS ou a SES, dependendo da pactuação existente entre as esferas de gestão do sistema de saúde, podem autorizar o pagamento. Quando nem o município nem o estado estão habilitados a fazê-lo, os dados são enviados ao Ministério da Saúde, que autoriza ou

não o pagamento. As informações são sempre encaminhadas ao Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), que faz uma nova análise de consistência e de crítica às AIHs.

O SIH contém informações sobre morbidade e mortalidade hospitalar no Brasil, em âmbito nacional e em caráter regular e relativamente atualizado. Nele também são registrados: informações demográficas (sexo e idade), dados clínicos (diagnóstico principal e secundário, tempo de internação, dias em unidade de terapia intensiva, procedimentos solicitados e realizados, condição de saída do paciente, inclusive óbitos hospitalares) e outras informações como, por exemplo, especialidade, motivo da internação, responsável pela internação e pela assistência ao paciente, valores pagos, município de internação e de residência.

Por conter esses tipos de informações, o SIH-SUS passou, a partir da década de 90, a ser utilizado de forma mais ampliada, isto é, para além dos âmbitos do planejamento e da gestão da assistência hospitalar, e por outros profissionais que não os gestores dos sistemas de saúde. Até 1994, seus dados eram disponibilizados apenas em fitas magnéticas, o que dificultava seu manuseio, mas, a partir daquele ano, passaram a ser disponibilizados em meio eletrônico, o que possibilitou a criação de alguns aplicativos. Assim, o acesso a este sistema de informações foi facilitado, o que contribuiu para que venha sendo cada vez mais utilizado no âmbito da pesquisa sobre o setor Saúde, seja para fins epidemiológicos, seja para a avaliação da assistência hospitalar prestada no país.

As páginas que se seguem resultaram do trabalho de consulta, para o qual foram entrevistados um gestor federal, um gestor estadual e um usuário da academia (pesquisador).

O CONTEXTO DO SIH-SUS

Nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro tem passado por profundas mudanças político-administrativas. A principal reorganização do setor se deu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos objetivos – e desafios – são a universalização do acesso aos serviços de saúde e a descentralização político-administrativa relativa aos mesmos serviços. Como parte desse processo de mudança e na busca de uma gestão mais transparente e eficiente do SUS, diversas instâncias do setor têm colocado, na pauta de discussões, propostas de aperfeiçoamento dos sistemas de informação existentes no país (NORONHA, 2001). Nesse contexto, o SIH-SUS conforma uma trajetória de mudanças advindas da constituição e das transformações do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, dos rearranjos organizacionais e financeiros nas esferas governamentais e nas pactuações entre elas. Inicialmente centralizado na esfera federal, o SIH-SUS vem sendo paulatinamente descentralizado para as demais esferas de gestão, sendo que tal processo pode introduzir melhorias ou produzir retrocessos sobre alguns de seus aspectos.

O SISTEMA DE PAGAMENTO: AS TRANSFORMAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E DAS TABELAS DE PROCEDIMENTOS

À época da implantação do SAHMPS e do projeto-piloto em Curitiba, o pagamento aos hospitais era realizado por ato de procedimento de atendimento à saúde, sendo que era aplicado o expediente de glosa sobre eventuais valores excedentes, estipulados segundo o parâmetro estabelecido para cada tipo de diagnóstico/procedimento. Alguns dos problemas até então enfrentados eram: a baixa confiabilidade das informações fornecidas pelos prestadores de serviço; o fato de que muitas atividades eram registradas manualmente; e a impossibilidade de previsão dos gastos com a atenção, já que os hospitais podiam solicitar o pagamento de valores excedentes (LEUCOVITZ; PEREIRA, 1993;

NORONHA, 2001). Segundo os autores, a esfera federal não conseguia que as informações tivessem o apuro necessário para permitir controlar os gastos com a assistência médica. Por tal razão, havia frequentes denúncias de fraudes. A entrevista com o gestor federal se reporta a esse contexto nos seguintes termos:

[O SAHMPS] foi trazido com a proposta de mudar a dificuldade com o tratamento das informações (...). 30% das contas [hospitalares] iam para a revisão manual (...), [o] que dava um estrangulamento no sistema (...). Esse sistema [o SNCPCCH] tinha algumas dificuldades (...). As informações eram apresentadas em um documento chamado Conta Hospitalar, que era comparado com o gabarito. O que ultrapassava o gabarito ia para a revisão manual. Como era um sistema vinculado ao pagamento, era muito fácil você induzir as distorções para não prejudicar o pagamento. Era um volume de trabalho muito grande de revisão de contas. Não se tinha confiança nas informações e dava muito trabalho. A proposta do SAHMPS era fazer um sistema de informação transparente, que já negociava os valores antes e diminuía o volume de informações para dar mais segurança para eles.

Naquele momento, com a finalidade de possibilitar a mudança do pagamento retrospectivo – e pouco previsível – para um valor fixo, que englobasse diversos itens de despesa da assistência hospitalar, fez-se necessária a construção de um novo sistema de pagamento e, conseqüentemente, uma transformação no sistema de informação. Assim, com o SAHMPS, mais tarde renomeado SIH-SUS, foram estabelecidos o sistema de remuneração por procedimentos e o formulário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cujo pagamento – mediante uma tabela de valores fixos de remuneração, tendo em vista o que motivou a internação – facilitava o controle e permitia que se conhecesse antecipadamente o custo de cada internação, bem como possibilitava a previsão dos gastos finais do sistema de saúde (NORONHA, 2001). Ou seja, foi elaborada uma lista contendo procedimentos clínicos e cirúrgicos e a eles foram atribuídos valores financeiros e tempo médio de permanência. O pesquisador entrevistado ponderou que o SIH-SUS constitui um sistema cuja concepção é complexa, mas, ao mesmo tempo, criativa. Em suas palavras:

Eu considero esse sistema, que é baseado num sistema de pagamento (...), um exemplo da criatividade brasileira (...). Acho também, contrariamente à maioria das pessoas, o sistema muito interessante (...) na função que ele veio cumprir, substituindo a unidade de serviço. É um sistema moderno (...). As pessoas que conceberam aquele sistema foram de uma imensa criatividade, fazendo de uma forma simples uma concepção muito complexa.

A atribuição dos valores a cada procedimento se deu por meio de uma série histórica. Contudo, um dos problemas atuais no SIH-SUS deve-se à ausência de uma política de reajuste que considere o crescente custo da assistência médica em função da incorporação de novas tecnologias, tanto diagnósticas como terapêuticas. Segundo Leucovitz & Pereira (1993), em 1991, por exemplo, os valores reais da tabela de procedimentos eram iguais aos da tabela original, de 1983, o que favorecia a seleção de pacientes e a cobrança direta ao usuário. A inexistência de uma política de revisão e reajuste da tabela de procedimentos induz ao comprometimento da transparência do sistema de pagamento, conforme corroborou, em entrevista, o gestor federal consultado.

O sistema ia ser transparente. Todos os envolvidos teriam conhecimento dos valores, das normas, dos critérios. Para constituir os valores, eles já tiveram alguns problemas de concepção, porque pegaram uma série histórica, na ausência de sistema melhor, e depois não puderam acompanhar as inovações tecnológicas que foram agregadas (...). O sistema também não permitiu transparência. Por dificuldades diversas foram criadas regras, para manter o sistema, que promovem distorções. A proposta do SAHMPS era (...) negociar o valor do gabarito para todos. E criar alguns fatores de

controle (...). Os honorários eram pagos por procedimento ou atendimento, e o hospital recebia fixo. (...) E acabou com aquela situação de segurar o paciente para ganhar mais. Ele começou com a transparência e a negociação e previa valores mais próximos da realidade (...), e isso se perdeu com o tempo. (...) Apesar de se tentar fazer um sistema transparente, as correções de valores que vieram na evolução nunca foram baseadas nas necessidades técnicas e sim na quantidade de dinheiro disponível. Toda a inovação tecnológica com a entrada do sistema só aumentou o rateio.

Todos os entrevistados ressaltaram a importância de revisões periódicas da tabela de procedimentos do SIH-SUS no sentido de racionalizá-la. Foi igualmente salientado que o fato de as mudanças nesta tabela serem feitas de modo pontual, mediante o expediente de portarias, e não de forma consistente e sistemática, traz problemas tanto ao funcionamento do SIH-SUS como ao encaminhamento da assistência aos pacientes. Na identificação desses problemas, o gestor estadual e o gestor federal manifestaram-se nos seguintes termos, respectivamente:

Elas [as tabelas de procedimentos] se modernizam simplesmente pendurando novas coisas.

A grande distorção que tem que ser vista é a questão da tabela (...). Enxugando a nomenclatura da tabela, também se tenderia a enxugar todos os penduricalhos que foram colocados para corrigir [a] distorção da tabela. Então, o sangue entra à parte, a prótese entra à parte, o remédio caro entra à parte, a diária da UTI entra à parte, acompanhante (...). Não, isso tem que estar incluído.

As entrevistas levantaram o problema também da revisão superficial do sistema de classificação e da lista de procedimentos. Assim, por exemplo, alguns procedimentos cirúrgicos não diferenciam os distintos portes de cirurgia e, embora os procedimentos clínicos sejam semelhantes aos diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID), por vezes não englobam todas as suas opções de diagnóstico (NORONHA, 2001). Neste contexto, a entrevista com o pesquisador sublinhou que a falta de uma atualização adequada da tabela produz dificuldades para o tratamento de alguns problemas específicos de saúde. Nas palavras do pesquisador:

Até pouco tempo atrás, você não conseguia internar um paciente de aids, não havia procedimento para paciente de aids (...). O sistema precisa, é absolutamente vivo, ele tem que estar se ajustando o tempo todo.

O mesmo entrevistado considerou ainda os efeitos nefastos da defasagem da tabela de procedimentos sobre a qualidade das informações do sistema, seja para o uso ao qual prioritariamente se destinam estas informações, o pagamento de procedimentos, seja como fonte para outras finalidades concernentes ao campo da Saúde. Conforme expresso em entrevista:

[A tabela contém] procedimentos que (...) empobrecem enormemente a qualidade das informações (...). [A informação sobre procedimento] é, do ponto de vista do uso desse banco, tanto para a epidemiologia quanto para a avaliação, uma informação ruim.

A introdução de procedimentos de alta complexidade e muito onerosos – transplantes, órteses e próteses – constituiu-se, já à época da implantação do SAHMPS, uma dificuldade. A inexistência de uma política de atualização sistemática da tabela de procedimentos compromete a transparência das informações. Ficam abertas possibilidades de usos, por assim dizer, “adaptados” das rubricas da tabela. Dessa situação derivou a exigência de um sistema de crítica das informações e também um sistema de controle e auditoria que fosse mais apurado e eficiente. O gestor federal reportou-se a este contexto nos seguintes termos:

Começamos a colocar procedimentos muito caros lá para dentro (...): transplante, fisioterapia, radioterapia (...). Foi a primeira vez que foi incluída crítica no sistema. Porque se colocava transplante, mas só quem podia cobrar pelo transplante eram alguns hospitais previamente credenciados, e baseado em norma. Havia muita dificuldade na área de órteses e próteses, e foram feitas portarias normatizando, com tabela de compatibilidade. A tabela foi feita com um grupo de ortopedistas (...). Fazer um consenso foi bem difícil (...). Contou com auxílio de vários grupos. (...) [A implantação do sistema em âmbito nacional] foi um momento interessante justamente porque junto com o sistema se criou a auditoria. Não existia esse termo “auditoria” (...). Existiam várias funções de controle. Existia uma função que chamávamos de emissor de AIH, que fazia a liberação das guias. A segunda função era [a do] revisor de contas, e uma terceira função era [a do] supervisor hospitalar, que ia ao hospital [para] ver o doente. Uma quarta função era [de] um médico da comissão de reclassificação, que dava valores para cada hospital. (...) Essas quatro funções foram substituídas por uma função: auditor, que autorizava a emissão do formulário, via o atendimento no hospital e participava de comissões multiprofissionais, para classificar o hospital nas categorias. (...) Houve bastante resistência, porque se implantavam duas coisas: o Sistema de Informação e o Sistema de Auditoria.

OS SISTEMAS DE CRÍTICA DA INFORMAÇÃO E DE CONTROLE E AUDITORIA

O sistema de auditoria previsto como parte do processo de implantação do SIH-SUS não se materializou de forma eficaz. Na avaliação do pesquisador entrevistado, um sistema de auditoria apenas seria eficiente se fosse obedecido o seguinte critério básico:

(...) Ir lá à fonte, no prontuário, quer dizer, numa amostra, você regularmente está batendo a informação que você tem no serviço com a informação que você tem no sistema, bater a concordância delas.

A entrevista com o gestor federal revelou ainda outros aspectos do sistema de auditoria e a subseqüente demanda por um sistema de crítica. Nos termos expressos pelo referido gestor:

Quando [o SIH] chegou a Brasília, a grande necessidade era de fechamento do sistema. A auditoria não estava dando conta de fazer. Eram muitos hospitais, cerca de 1 milhão e 200 mil contas. Havia necessidade de fazer a crítica ao sistema. Por exemplo, o sistema pagava quantas diárias de UTI o prestador cobrava. Foi feito um recadastramento de todos os leitos das UTIs no Brasil. Se um hospital só tinha cinco leitos de UTI, ele só poderia cobrar em cima desses cinco leitos. Então, queríamos colocar a crítica, mas isso daria uma rejeição enorme. E o sistema também não agüentaria essa rejeição, porque se uma conta do hospital fosse rejeitada, ele rejeitava toda a conta [hospitalar]. (...) Foi uma dificuldade enorme. Brasília sofreu uma pressão grande dos estados, dos prestadores de serviço.

O sistema de crítica foi idealizado de forma a gerar “relatórios de alarme”, isto é, identificar as contas hospitalares que apresentassem um desvio de média e/ou que indicassem, por exemplo, idade/sexo incompatíveis com o procedimento realizado e que, portanto, necessitassem de maiores investigações. Como relatado pelo gestor federal entrevistado:

No início do sistema, as críticas eram pensadas como sinais de alarme. Eram os chamados relatórios de alarme. Não era para bloquear, e sim investigar os que tivessem desvio da média, idade não compatível com o procedimento (...). Não eram para bloquear. (...) Mas o sistema passou a bloquear simplesmente. Isso induz o prestador a maquiagem o processamento.

O aprimoramento do sistema de crítica às AIHs permitiu, por um lado, a melhoria da qualidade da informação registrada. Assim, por exemplo, a análise de Gouvêa (1996) observou o declínio das internações classificadas como contendo “dados questionáveis”, após o ano de 1993. Por outro lado, a possibilidade de rejeição das AIHs e algumas normatizações acabaram por introduzir distorções nas informações fornecidas pelos prestadores. O gestor federal apontou, em entrevista, um dos fatores de distorção:

A concepção do sistema [de crítica] era a de que ele iria emitir relatórios de alarme que seriam validados ou não. Sairia um relatório indicando um hospital com [utilização de] 120% dos leitos de UTI. Alguém verificaria se isso realmente havia acontecido e se foi preciso. Como não foi possível emitir ou validar o relatório de alarme, passou-se a pagar 100% da UTI. Existem situações em que se ocupa mais de 100%: quando você usa leitos de convênio ou em caso de óbito. Mas passaram a distorcer as informações, porque [o hospital] só recebia se estivesse em certos padrões.

Um exemplo de distorção nas informações é o que advém da restrição à realização de cesariana. Um dos objetivos da política materno-infantil, no país, é diminuir o número de partos cesáreos. Inúmeras ações vêm sendo feitas para atingir esse objetivo. Uma das tentativas foi justamente por meio da restrição financeira a esse tipo de parto, conforme a Portaria MS/GM n.º 2.816/98, que limita o número de cesarianas pagas pelo SUS (SCHRAMM, 2000). Para sua adaptação ao teto estabelecido, os hospitais conveniados tendem a registrar partos cesarianos como partos normais, o que enfraquece o valor da informação para os estudos epidemiológicos (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Ao abordarem este ponto, dois entrevistados manifestaram avaliações diferenciadas sobre as implicações do uso desse expediente, por parte dos hospitais, na fidedignidade das informações do sistema: o gestor federal e o gestor estadual. Suas respectivas apreciações são as que seguem:

Foi estabelecido que não se iria pagar mais de 30% de cesárea. Um hospital pode até apresentar mais de 30% de cesárea que não vai receber. Isso distorce a informação. O que acontece hoje é que estão cobrando cesárea como se fosse parto normal para poder receber alguma coisa. Distorce a fonte de dados com uma medida administrativa como essa. Muda-se por decreto uma prática médica (...). E é evidente que um hospital que completou a sua cota por cesariana e tem mais uma AIH cesariana para apresentar transforma essa cesariana em dois partos normais. A questão da auditoria não tem elasticidade, em muitos lugares, para detectar isso. (...) Ou seja, esses vieses existem, são conhecidíssimos, mas em momento nenhum comprometem o uso do banco de dados, o uso da informação.

COBERTURA

A cobertura do SIH-SUS, em 1998, era de, aproximadamente, 75% das internações hospitalares, com variações entre as regiões e os estados brasileiros, em função da população que utiliza planos de saúde privados, da maior ou menor existência de serviços hospitalares disponíveis à população e do maior ou menor acesso da população a esses serviços (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Os entrevistados neste trabalho de consulta corroboraram o fato de a cobertura do SIH-SUS ter se expandido. Bittencourt, Camacho e Leal (2006) igualmente referem que, em 2004, o sistema passou a conter informações sobre 12 milhões de internações de cerca de 6 mil unidades hospitalares. A cobertura não é a mesma entre os diagnósticos e procedimentos, sendo menor naqueles de menor complexidade e pagos pela medicina suplementar, como partos, e maior naqueles de alta complexidade, realizados prioritariamente no SUS (SCHRAMM, 2000).

A despeito dessa expansão da cobertura, alguns problemas foram identificados nas entrevistas. O pesquisador contemplado na consulta, por exemplo, chamou a atenção para alguns problemas de cobertura e de preenchimento decorrentes da particularidade de que o sistema de informações se apóia no pagamento de procedimentos realizados em hospitais públicos, municipais e estaduais, bem como em hospitais privados conveniados ao SUS. Tal recorte deixa necessariamente de captar informações relativas ao conjunto de serviços hospitalares prestados em hospitais privados não conveniados. Além disso, e conforme já mencionado, o fato de que os hospitais federais preenchem as AIHs para fins de informação e não para pagamento contribui para que haja comprometimento no registro dessas informações.

Ao mesmo tempo, a própria evolução do financiamento dos serviços no Brasil possibilitou a criação de situações que distorcem os dados referentes às internações ocorridas no sistema público. Nesse contexto atuam a existência de tetos financeiros municipais e por unidade hospitalar, a criação de fundações de hospitais públicos e a complementação do pagamento dos procedimentos pelos municípios. A limitação do teto financeiro pode introduzir uma distorção no registro das internações, caso o estado e/ou o município não complementem o pagamento da produção hospitalar, excedente ao teto financeiro, com recursos próprios. Tal situação é descrita pelo gestor federal da seguinte maneira:

Como o teto financeiro do estado está estourado, a alguns hospitais foi atribuído um teto financeiro. Então, eles vão receber até um valor X. A partir disso, o estado corta, faz um corte linear e revê as contas lá na frente. Alguns hospitais não apresentam as AIH mais baratas. Existe um hospital que faz até transplante e não apresenta cobranças com AIH de obstetria há anos. Ele remunera os profissionais, mas [a informação] não aparece na produção. Acaba distorcendo a informação para se manter no teto estabelecido (...). Muita informação deixa de ser produzida. (...) O prestador não quer mais trabalhar por internação.

O gestor federal mencionou, em entrevista, o caso de um estado onde "(...) no começo, o sistema atendia 80% da população (...). Hoje, deve chegar a 40%, 50% da população. (...) Boa parte da população saiu do sistema" com a expansão do mercado de planos de saúde. Para esse gestor, no período mais recente, "estamos capturando (...) dados de melhor qualidade, com mais consistência, mas menos dados, menos internações".

Para aumentar a cobertura, especialmente do setor privado, cujas informações não se encontram no SIH-SUS, o gestor estadual entrevistado aventou a retomada da Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), um documento que contém um número menor de variáveis que devem ser preenchidas pelas unidades hospitalares não incluídas no SUS. Em suas palavras:

O que nos pareceu extremamente promissor (...), e temos que retomar isso, foi a CIH, a Comunicação de Internação Hospitalar, porque completávamos uma insuficiência do sistema de informação hospitalar, que é o fato de só capturar o que é oferecido publicamente (...). No SUS, [esse] atendimento eminentemente privado, esse dado não é capturado. (...) [É necessário pedir] para os hospitais privados [que forneçam] aquela quantidade de informações que eram mais epidemiológicas. E aí passaríamos a ter a CIH, a Comunicação de Internação Hospitalar, universal, em todas as cidades brasileiras. Ocorreram questionamentos legais e parciais dos hospitais, e é um banco hoje muito ruim (...), está ruim. A Agência Nacional de Saúde [Suplementar] (...) está recuperando isso. Quer dizer, existe toda uma política já em andamento, já pactuada, construída para capturar dados da iniciativa privada stricto sensu (...). Esses dados somados aos dados da AIH dão essa dimensão universal à morbidade e à mortalidade, ao planejamento, ou seja, à informação hospitalar.

Foi consensual, entre os profissionais consultados, que haja algum tipo de estímulo ou de exigência para que os prestadores de serviço preencham os dados com a qualidade desejada. Sobre essa questão, o pesquisador entrevistado fez as seguintes considerações:

Os bancos de dados [estão] vinculados ao pagamento, quer dizer, é muito difícil você criar uma cultura em que todo mundo tem que notificar (...), e notificar uma AIH exige muitos detalhes (...). Em prol da qualidade dos serviços, as pessoas notificam quando elas vão receber o pagamento (...). Acho que a questão da cobertura [do sistema público] começou a ter uma gradativa subnotificação que é desconhecida, isso é uma questão fundamental. Obviamente que, se a portaria [já existente] que obriga esses hospitais, essas internações privado/privado, sem nenhum financiamento do SUS, a notificar dados mínimos também fosse implementada, isso seria ótimo.

Como estratégia de superação dessa dificuldade e para dimensionar o sub-registro, o pesquisador entrevistado declarou que, para estimar, em seus trabalhos, as internações ocorridas no sistema privado de saúde e, portanto, não cobertas pelo SIH-SUS, faz uso das informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e da busca de dados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso porque essas fontes possuem subsistemas de informação referentes, respectivamente, à população e aos serviços privados, que não efetuam registros no SIH-SUS porque não recebem financiamento do setor público.

O já aludido sistema de crítica e rejeição das AIHs, que alguns entrevistados chamam de processo de glosa, também foi apontado como passível de comprometer a cobertura do SIH-SUS. O fato é que, das internações mensais que chegam ao DATASUS, um percentual delas é definitivamente eliminado dos bancos de dados, enquanto que outro percentual é reapresentado nos meses seguintes. Assim, segundo o gestor estadual que participou da consulta, ocorre não apenas uma menor cobertura, mas também a informação de uma parte das internações entra no SIH-SUS de forma mais tardia. Na fala do entrevistado:

Eu não mencionei, porque é uma dimensão menor, mas tem sua importância, que o faturamento tem implicação na glosa e nas bases de dados nacionais (...), não está embutida a glosa. Ou seja, quando essa base nacional, esse [dado sobre] 1 milhão de internações (...), que é o que Brasil produz por mês, chega ao DATASUS, ocorre um processo de glosa, e um percentual dessas internações é definitivamente retirado dos bancos de dados (...). E essas glosas têm uma característica: parte delas será definitivamente desprezada e outras poderão ser reapresentadas nos meses seguintes.

Nesse quadro, embora seja avaliado que a cobertura do sistema como um todo tenha se expandido, não se conhece com precisão a extensão da atual cobertura do SIH-SUS e tampouco as variações locais. Conforme manifestou o pesquisador entrevistado:

[Atualmente,] ninguém sabe estimar [a cobertura] e quanto varia. E o que é mais grave: se essa proporção de subnotificação varia muito entre municípios, [que é o] que deve [ocorrer]. Então, isso pode estar introduzindo erros não sistemáticos nos dados e ninguém [sabe] avaliar [isso]. (...) Quer dizer, as políticas das últimas décadas também introduziram problemas desse tipo no sistema.

OUTROS USOS DAS INFORMAÇÕES DO SIH-SUS

Por sua natureza e seu objetivo, o SIH-SUS constitui um banco de dados administrativos. Para além de seu objetivo precípuo, são três as potenciais utilizações de um banco de dados administrativos. A primeira delas, já bem estabelecida, é a que ocorre em estudos descritivos da prática clínica, de

modo a contemplar variações na prática clínica, variação geográfica de condutas, variação da oferta de serviços entre populações específicas, bem como variação do tratamento e da adesão ao tratamento ao longo do tempo. A segunda aplicação desses tipos de dados, mais controversa, é aquela feita em estudos comparativos dos resultados de duas ou mais intervenções ou de dois ou mais hospitais. Numa terceira modalidade de aplicação, os dados de um banco administrativo têm uma função adjunta a outras metodologias, sendo, portanto, usados de modo combinado, por exemplo, com a coleta primária de dados, com bancos populacionais ou com bancos de natureza clínica (SCHRAMM, 2000; WRAY apud PEPE, 2002).

Para evidenciar a existência de usos dos dados do SIH-SUS para além do objetivo de pagamento, vale registrar que, em estudo recente (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006), foram identificadas 76 pesquisas realizadas, entre 1984 e 2003, com base nos dados desse sistema. Os autores do estudo classificaram os temas de tais pesquisas em cinco categorias: (1) qualidade das informações; (2) estratégias para potencializar o uso das informações para a pesquisa, a gestão e a atenção médico-hospitalar; (3) descrição do padrão de morbidade/mortalidade hospitalar e da assistência médica prestada; (4) vigilância epidemiológica e validação de outros sistemas de informação em saúde; e (5) avaliação do desempenho da assistência hospitalar.

Neste banco de dados administrativos, a qualidade dos dados que não se referem ao faturamento constitui um dos fatores que pode influenciar sua maior ou menor utilização para a gestão e para a pesquisa (PEPE, 2002).

Assim, alguns estudos têm apontado limitações do SIH-SUS em termos de sua utilização para avaliação da assistência hospitalar e para a produção de conhecimento. Uma variável bastante implicada na limitação de seu uso é a do diagnóstico. Tal como o diagnóstico é informado, ou seja, o número reduzido de diagnósticos presentes no SIH-SUS – um diagnóstico principal e um diagnóstico secundário – resulta em uma extrema dificuldade para que se possa discernir as co-morbidades. Como ressaltou o pesquisador entrevistado:

Há necessidade de um maior rigor, uma maior clareza em relação aos diagnósticos (...). Melhor qualidade da informação, maior controle, maior estímulo, mais campos diagnósticos (...). Melhor definição desses termos, enfim, existe todo um investimento [a ser feito] nessa linha.

Entretanto, na perspectiva do gestor estadual, melhor seria investir na qualificação do diagnóstico principal e secundário, na diminuição de variáveis que devem ser preenchidas e no uso de processos de captura amostral como forma de se aproximar da realidade. Nas palavras desse entrevistado:

É questão de quantidade (...). Até porque você acaba complexificando mais ainda o sistema, que acaba comprometendo a qualidade do dado. Eu preferiria qualificar melhor as duas CIDs hoje capturadas, a principal e a secundária (...). Nós precisamos trabalhar por uma questão de racionalidade, de praticidade. O uso de ferramentas também de importância, a estatística, com o sistema de informação amostral. Ou seja, se construíssemos (...) processos de captura amostral de dados, isso inclusive não só viabilizaria o uso da informação, como impactaria no conjunto de dados capturados pelo sistema que hoje temos. (...) Amostralmente, você teria uma captura dessa realidade tão igual ou muito próxima.

Outra questão igualmente polêmica entre os entrevistados foi a inclusão de variáveis de caráter socioeconômico nas AIHs. Muito embora esse ponto já esteja normatizado na Portaria MS/GM nº 3.947, de 25 de novembro de 1998, na qual os dados dessa natureza são categorizados entre obrigatórios e eletivos, os entrevistados problematizaram essa inclusão. Nas ponderações do gestor estadual, o assunto foi focalizado nos seguintes termos:

E quanto à (...) questão de introduzir variáveis socioeconômicas, é uma possibilidade. (...) Mas existem outros campos. Se for para colocar dentro dos sistemas formais, lógico que haveria outros campos que, por sinal, têm essa tentativa com um grau de aproximação, que é quando você cadastra o usuário por intermédio do cartão SUS,³ com base domiciliar. Porque aí (...) tem que se discutir um sistema à luz de todos (...). Você pode ter atributos para essas pessoas que traduzam a condição socioeconômica. E aí não seria dentro da AIH, seria dentro do cartão [SUS]. Por que pegar atribuição socioeconômica só para população internada? Se é importante o atributo socioeconômico, que o façamos para toda a população usuária.

Por outro lado, o pesquisador entrevistado argumentou a favor da inclusão de variáveis de caráter socioeconômico, lembrando que até a criação do SUS existiam, na AIH, campos relativos à ocupação e ao vínculo previdenciário que foram retirados, de modo que, atualmente, o sistema não traz mais nenhuma informação sobre esses quesitos.

Quando comecei a trabalhar com AIH, ainda não existia SUS. Então, o que existia era o vínculo das pessoas com a Previdência Social e, pelo menos, com essa informação do vínculo, eu podia de uma certa forma classificar as pessoas com relação à posição na ocupação do previdenciário, vinculado a aquela pessoa. Essa informação, com a criação do SUS, saiu do SIH-SUS, não foi substituída por nenhuma outra variável social. (...) O fato é que o SIH-SUS continua sem nenhuma variável social, o que é um problema, é uma limitação grave, porque existem questões de desigualdade, de discriminação, etc. (...) que são fundamentais para o estudo da qualidade.

O gestor estadual apontou ainda a necessidade de aprimorar algumas variáveis, a fim de melhorar a qualidade e a utilização do sistema. A respeito de algumas variáveis que devem ser aprimoradas, tal entrevistado mencionou aquela que se refere ao motivo da cobrança, que é a variável por meio da qual se registra a situação em que se encontrava o paciente quando do fechamento de sua AIH – alta, permanência (nos casos de pacientes crônicos), transferência ou óbito –, e a variável relativa ao caráter da internação, que indica se a internação se deu de forma eletiva ou por urgência/emergência.

Uma outra variável considerada importante pelo pesquisador consultado refere-se à identificação do prestador, isto é, à necessidade de informação mais precisa sobre os profissionais diretos da assistência, campo que poderia ser utilizado para a avaliação da qualidade da assistência prestada.

Uma das políticas do setor Saúde para a alocação de recursos, a Programação Pactuada Integrada (PPI), tem servido de incentivo à melhoria da qualidade da AIH. Isso tem contribuído para o uso de suas informações em pesquisa e gestão, à medida que alguns indicadores utilizados nessas áreas são gerados pelo SIH. Na apreciação do gestor federal:

Em termos de gestão e de planejamento, o SIH é muito bom (...), é completamente estruturado, [pode ser] usado.

Por exemplo, a qualidade do preenchimento do código de endereçamento postal (CEP) do município de residência e de atendimento, informação essencial para a PPI, contribuiu para melhorar o sistema. Os gestores estadual e federal ressaltam que, com isso, todos os municípios brasileiros podem utilizar suas bases de dados.

O pesquisador entrevistado ressaltou que já existe um consenso sobre a alta confiabilidade da variável de mortalidade, notadamente em relação à mortalidade materna e à mortalidade neonatal precoce. Nesses casos, o SIH-SUS foi considerado um bom estimador de mortalidade, porque grande parte dos óbitos é hospitalar. Entretanto, conforme referido anteriormente, os atendimentos e,

³ O Cartão Nacional de Saúde é "(...) um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação (...)". (Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/>)

portanto, os óbitos ocorridos na emergência, até 72 horas, não são registrados no SIH-SUS, e essas mortes aparecem na declaração de óbito (DO) como óbitos ocorridos no serviço de saúde, sem que a AIH tenha sido gerada. A captação deficiente dos óbitos ocorridos nas emergências, antes que uma AIH seja emitida pelo serviço de saúde, é uma das limitações desse sistema.

As entrevistas realizadas ao longo desta consulta corroboraram as apreciações presentes na literatura, no que se refere ao fato de o SIH-SUS ter sido utilizado na comparação com os sistemas desenhados para os estudos epidemiológicos. O sistema apresentou-se como alternativa ao hiato de dois anos existente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para estimar as taxas de natimortalidade e mortalidade neonatal nas unidades federativas durante o ano de 1995. Ele foi valioso especialmente nos estados onde há uma boa cobertura de serviços obstétricos e neonatais. O SIH-SUS, no que diz respeito aos registros de natimortos, foi superior ao SIM, no ano de 1995, em quase todos os estados, sendo que, em alguns deles, cerca de duas vezes maior (SCHRAMM; SZWARC-WALD, 2000).

Conforme já mencionado, uma das formas de utilização dos bancos de dados administrativos em saúde é a que ocorre em conjunto com outras metodologias e/ou bancos populacionais ou clínicos. Bittencourt, Camacho e Leal (2006), quando compararam o SIH-SUS com o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), identificaram a potencialidade do primeiro para auxiliar a vigilância epidemiológica da tuberculose pulmonar, da hanseníase, da meningite meningocócica, da dengue, das leishmanioses visceral e cutânea, das doenças imunopreveníveis, da cólera, da febre tifóide e da leptospirose, havendo, entretanto, divergências na literatura quanto ao seu potencial de monitorar a sífilis congênita.

O gestor estadual contemplado na consulta ressaltou a experiência de utilização dos dados do SIH-SUS para o enfoque da sífilis congênita. Nas palavras do entrevistado:

Os números eram algo em torno de 400 casos de sífilis congênita capturados pelo Sistema Hospitalar, o SIH, e 500 e poucos casos [no Sinan] (...). Havia mais casos documentados no Sinan do que na AIH (...). E aí foi muito interessante, porque em alguns hospitais havia o mesmo número de casos colocados na AIH e notificados no Sinan. Mas, em outros, havia mais do Sinan do que na AIH. (...) Entendo que já é uma idéia dada, a de ter a AIH como um subsistema de vigilância epidemiológica. Não há nenhuma pretensão de substituição. Mas a AIH (...) tem que ser trabalhada como subsistema de notificação.

Numa direção análoga, Ferreira e Portela (1999) compararam as informações de 2.165 internações referentes a casos de aids registradas no SIH-SUS e no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), a partir de internações hospitalares realizadas no município do Rio de Janeiro em 1996. A subnotificação no Sinan foi da ordem de 42,7%, indicando que o SIH-SUS pode gerar informações em tempo hábil, sendo um instrumento auxiliar na captação precoce de casos de aids.

QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Os entrevistados chamaram atenção para a indução ao sub-registro e a outros problemas de qualidade da informação do SIH advinda do estabelecimento de tetos financeiros, uma vez que os gestores locais e os gerentes de unidades podem ter menor comprometimento com o bom preenchimento do instrumento. Por exemplo, um hospital de alta complexidade tende a dar preferência, para fins de faturamento, a procedimentos mais caros. O pesquisador entrevistado se referiu a esse tipo de situação da seguinte forma:

Como no município, o teto já estourou há muito tempo. Como o número de AIHs ultrapassa o limite dado pelo Ministério, a importância que é dada ao preenchimento dessas AIHs é muito pequena (...). O município não está preocupado em registrar, por exemplo, o uso de unidades de terapia intensiva, etc.

Estudos têm apontado que a confiabilidade das informações do SIH-SUS não é homogênea, pois estas apresentam diferenças de acordo com o tipo de variável analisada (ESCOSTEGUY, 2000; MARTINS; TRAVASSOS; NORONHA, 2001; BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Apresentam maior confiabilidade as variáveis idade, sexo, tempo de permanência, óbito (que não o perinatal), nascido vivo e transferências. Apresentam menor confiabilidade as variáveis relativas a tipo de admissão, composição da equipe cirúrgica e serviços auxiliares diagnósticos e terapêuticos.

Como o sistema é voltado para o faturamento, o preenchimento dos campos que não dizem respeito a este quesito é menos confiável, como ocorre com os diagnósticos principal e secundário, que são essenciais para o uso do SIH na vigilância e na análise da situação de saúde, conforme visto no item anterior. Para Bittencourt, Camacho e Leal (2006), o diagnóstico na internação apresenta menos confiabilidade, em virtude da precariedade das informações no prontuário do paciente, dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico pela CID e à possibilidade de vieses na seleção dos procedimentos faturados, por parte da unidade hospitalar.

O pesquisador entrevistado ressaltou a existência de problemas na qualidade das informações do SIH – problemas que variam em relação ao tempo, ao local, à natureza jurídica do prestador e a alguns campos específicos da AIH –, bem como realçou a necessidade de constante atualização do sistema, a fim de evitar o comprometimento da qualidade de suas informações. Conforme manifestou o entrevistado:

Como o sistema é uma coisa viva, que deve acompanhar a dinâmica da sociedade, ele tem que mostrar flexibilidade e estar em constante atualização de tal forma que não se perca a qualidade da informação.

Ao mesmo tempo, a forma como a AIH é preenchida pode consistir em fonte de distorção da informação. Isso porque, em alguns hospitais, o responsável por seu preenchimento é geralmente um funcionário administrativo, denominado “faturista”, e em outras unidades hospitalares a tarefa é feita por empresas contratadas. Como salientado pelo gestor federal, o faturista, ou seja, o funcionário administrativo responsável pela digitação dos dados na AIH “(...) está completamente deslocado de uma ótica de informação”. Já as empresas contratadas para executar o preenchimento das AIHs foram retratadas pelo gestor estadual da seguinte forma:

[Elas] sabem explorar as permissividades que as portarias permitem, como diária de acompanhante, permanência maior. Isso está muito bem estudado pelas empresas. Os hospitais menores acham mais vantajoso contratar. É algo não desejável, mas existe (...). As empresas [garantem] que vão aumentar em 30% o faturamento do hospital. Elas já têm uma idéia do que é possível enxertar. E é muito difícil uma auditoria detectar, a não ser que marque conta a conta. Aí tem que fazer auditoria lá na ponta, no município. (...) Nem existe pessoal [para isso].

Ao abordar a questão da qualidade da informação, o pesquisador entrevistado retomou um aspecto já focalizado no tocante aos usos secundários dos dados do SIH, qual seja, os problemas relativos aos campos de diagnóstico. Desta feita, o entrevistado ressaltou a precariedade e a incompletude das informações advindas da informação, no preenchimento da AIH, sobre o procedimento, em vez da informação sobre o diagnóstico que motivou a internação. De acordo com a fala do entrevistado:

A informação diagnóstica é outra coisa que também acho que é uma coisa muito séria, e é do uso da AIH, é o uso que as pessoas fazem dos procedimentos em substituição aos diagnósticos (...). Os diagnósticos pelo menos estão assentados numa

classificação, já na décima versão, desenvolvida para a finalidade que é classificar diagnóstico (...) com os procedimentos. Você tem procedimentos que (...) empobrecem enormemente a qualidade das informações.

Ainda com referência aos problemas de qualidade da informação provenientes do preenchimento dos campos adstritos ao diagnóstico, o pesquisador entrevistado salientou a questão da dificuldade de entendimento e da falta de padronização que oriente a distinção do diagnóstico principal e dos diagnósticos secundários nos distintos sistemas de informação e nos serviços hospitalares. Tais aspectos foram reportados pelo entrevistado da maneira a seguir:

O que é um diagnóstico principal? Se você for pegar vários diferentes bancos de dados, pode ser o diagnóstico de entrada, pode ser o diagnóstico de saída, pode ser o diagnóstico melhor que explica aquela internação... Então, geralmente, um paciente desse tem mais [de] um diagnóstico. E até em algumas horas eu tenho que ter algum algoritmo para orientar escolhas. Então, é assim, é um campo que teria que ser desenvolvido (...). Até o manual da AIH tem, de uma certa forma, uma definição de terminologia profundamente ambígua, tipo: o que é um diagnóstico principal? O que é um diagnóstico secundário? Aspecto que é uma parte bastante trabalhosa de melhorar (...). O que eu quero dizer, em última instância, é que a informação diagnóstica fica um pouco relegada, porque não está vinculada ao pagamento, enquanto o procedimento está (...). E ela [a informação sobre procedimento] é, do ponto de vista do uso desse banco, tanto para a epidemiologia quanto para a avaliação, uma informação ruim.

O gestor federal pondera que o fato de se começar a discutir a questão do preenchimento dos campos diagnósticos já contribui para melhorar a qualidade das informações. Além disso, sua entrevista salientou que a entrada em vigor da CID 10 implicou o treinamento de pessoas que alimentam o sistema, tornando-o mais adequado ao seu próprio fim, bem como ao seu uso para efeitos de acompanhamento epidemiológico.

DESCENTRALIZAÇÃO

Recentemente, vem sendo implementada a descentralização do processamento do SIH-SUS,⁴ processo ao qual se refere por intermédio da denominação de Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD). Uma das mudanças nesse processo é justamente a exigência de que as doenças de notificação compulsória gerem um relatório a ser conferido pela vigilância epidemiológica (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004). A descentralização prevê a reestruturação da tabela de procedimentos, que passará a contemplar não apenas a atenção hospitalar, mas também a ambulatorial.

O gestor estadual contemplado nesta consulta avalia que a descentralização constitui um processo importante, uma vez que, atualmente, "(...) o retorno das informações do nível central para os municípios é apenas um arquivo reduzido (RD), fechado. O desafio é você fazer que quem produza os dados seja também quem os analise, fature e faça uso deles, tudo concomitantemente".

O Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado tem por objetivo permitir o processamento das AIHs de forma descentralizada nas secretarias de saúde, no nível municipal ou estadual de gestão. Ao receber as informações dos hospitais de sua área, em forma de CD, disquete ou via transmissão de arquivos, o sistema critica os dados, calcula os valores brutos a pagar e emite os relatórios necessários

⁴ Os estados, por meio da Portaria MS/SAS nº 98, de 14 de fevereiro de 2006, ficam responsáveis pelo processamento do SIH-SUS, posteriormente à finalização das entrevistas realizadas.

para a gestão local. O banco de dados local mantém as informações do processamento atual e também um histórico dos processamentos anteriores. O processamento deverá ser executado mensalmente. No final do processamento, o SIHD envia ao sistema central as informações que permitirão à gestão no nível central emitir relatórios, fazer auditorias e prestar informações ao Ministério da Saúde.

Espera-se que, com a introdução do SIHD, o processo de descentralização seja aperfeiçoado. Segundo o gestor estadual, “durante o processo de construção do aplicativo, ampliou-se a discussão sobre o processo de faturamento, a lógica da consistência da construção e a captura dos dados”. Isso permitirá a superação de dois problemas graves: a entrega da informação sobre todas as internações e a qualificação do profissional que alimenta o sistema, que deixaria de ser o “faturista” para ser um profissional de saúde. Com isso, a qualidade das informações tenderia a melhorar, conforme salientou o gestor estadual em entrevista:

[Será possível] perceber os equívocos, os problemas de captura e de produção de dados. Você recebe o dado (...), abre, analisa, trabalha com ele diretamente, não é um entreposto apenas (...), e já responde para o produtor do dado, já o questiona, senta com ele, qualifica [o dado].

Algumas experiências exitosas já apontam para essa direção em alguns municípios, tais como Aracaju, Curitiba e São Paulo. O gestor federal lembrou, em entrevista, que em Aracaju o Sistema de Gerência de Informações Financeiras de Saúde (GIS)⁵ é utilizado no nível ambulatorial. Lembrou, também, que o registro dos procedimentos é feito diretamente pelos profissionais que atendem, sem qualquer intermediação.

Entretanto, este mesmo gestor ponderou que “não há ainda uma autonomia, mesmo nos estados de gestão plena, que permita que os estados rodem e paguem. É preciso passar pelo DATASUS”. Na continuidade de sua fala, o entrevistado alertou para o fato de que alguns municípios com gestão plena “(...) tentam passar para outros municípios os compromissos sociais da saúde”.

DISPONIBILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

O pesquisador entrevistado considerou que a disponibilização dos dados do SIH é muito eficiente, tanto no que se refere ao acesso quanto aos formatos dos dados divulgados, sendo este um dos pontos positivos do citado sistema. Em relação aos procedimentos de divulgação, o entrevistado ressaltou o progresso havido com alguns dos instrumentos de divulgação dos dados do SIH, que incluiu a incorporação, no consolidado resumido, de alguns campos antes não presentes. Entretanto, salientou que o bom uso do sistema depende de controlar algumas de suas conhecidas limitações, como por exemplo as relacionadas à cobertura. Tal apreciação foi confirmada pelo gestor estadual, nos seguintes termos:

A disponibilização de dados já é um fato. Avançou-se bastante, mas existe um limite, que é o próprio preenchimento da base de dados.

Houve consenso entre os entrevistados sobre a importância do desenvolvimento dos programas de tabulação, como o TabWin e o TabNet,⁶ que possibilitam análises no nível local e contribuem para gerar inclusive os indicadores da PPI. Um dos entrevistados, o gestor estadual, expressou a opinião de que o uso adequado desses programas pressupõe o conhecimento da estrutura do banco de dados, o que implica conhecê-lo. Na fala do entrevistado, o aproveitamento é maior entre “as pessoas

⁵ A sigla GIS significa “Gerência de Informações Financeiras de Saúde”. O Sistema de Gerência de Informações Financeiras de Saúde foi elaborado para auxiliar a gerência das informações dos repasses financeiros aos prestadores nos vários sistemas de saúde para os estados habilitados em Gestão Plena de Sistemas. (Fonte: <http://www.saude.sp.gov.br/portal/7743d2f5c0a8012200bf053f936944b6.htm>).

⁶ Permitem a realização de tabulações rápidas do SIH pelas esferas de governo e pelos usuários.

que têm necessidade de um conjunto de informações e que sabiam que aquelas informações poderiam ser produzidas por intermédio dos dados que estavam naquela base”.

A necessidade de capacitação dos gestores locais foi reiterada pelo pesquisador entrevistado, que considerou que “(...) não é simples usar o dado para responder, para formular política e para monitorar o seu desempenho”.

Com a descentralização, houve alterações no fluxo, na forma de coleta e no perfil dos usuários, o que aumentou o uso do SIH no nível local, sendo que tal uso tende a ser ainda mais intensificado com a introdução do SIHD, segundo o depoimento do gestor estadual. Para ele, já existem experiências bem-sucedidas, nos centros mais desenvolvidos do país, que apontam que é possível um uso “mais refinado”, por parte dos hospitais, de bases de dados que contêm todas as internações efetivamente realizadas com a mesma estrutura do SIH, sem o viés do faturamento. De acordo com tal entrevistado, caberia à Ripsa construir, com rigor metodológico, um banco de indicadores que possa ser usado no nível local, à semelhança do que já é feito para as grandes áreas metropolitanas e capitais. Esses indicadores deveriam ser disseminados, pelo DATASUS, por intermédio da *internet*.

Outra iniciativa que vem sendo desenvolvida pelo DATASUS é a construção de uma base de dados discriminada por estado e município, que contém informações e ferramentas necessárias ao cálculo dos indicadores segundo as definições propostas pela Ripsa.

Foi ressaltado pelo gestor federal que os dados disseminados pelo DATASUS, por intermédio do TabWin e do TabNet, “ajudam, são fundamentais (...), só que deveriam ser atualizados. [Apenas alguns deles] estão bem atualizados”. Segundo o mesmo entrevistado, com recurso aos dados do DATASUS é possível, por exemplo, analisar a mortalidade por município de residência, oferta de leitos hospitalares por habitante, valores médios das internações hospitalares e consultas por habitante. Ou seja, tais dados permitem formular um perfil dos municípios e conhecer alguns aspectos tanto da atenção básica como da questão hospitalar. Também foi mencionada pelo referido entrevistado a contribuição dada pelos Cadernos de Informações em Saúde, que permitem o acompanhamento do nível de investimento financeiro efetuado pelos estados e municípios em cumprimento da legislação vigente.

Dos depoimentos foi possível deduzir que há um uso limitado das informações do SIH-SUS por parte dos conselhos de saúde e também por parte da imprensa, que utiliza as informações esporadicamente, configurando um uso do sistema associado às situações de denúncia. Quanto à população em geral, a constatação é que não se recorre aos dados disponíveis na *internet*. Não foi mencionada a utilização das informações deste sistema por parte de escolas do ensino fundamental e do ensino médio ou organizações não-governamentais.

O pesquisador considerou, em entrevista, que não há dificuldades quanto ao acesso e ao uso dos dados por parte de pesquisadores e gestores. Tal uso tem contribuído bastante para o aprimoramento do próprio sistema. Além disso, o pesquisador destacou, como o principal ponto forte do SIH, a inovação que ele trouxe para o sistema de informação em saúde no Brasil, sobretudo com sua constante capacidade de difusão e de disponibilização das informações ao longo do tempo. Um outro ponto forte apontado por tal usuário é o compromisso permanente dos profissionais do DATASUS que trabalham com a AIH.

Houve coincidência entre as visões do gestor federal e do pesquisador no que se refere à necessidade de investimentos na formação de recursos humanos para melhor desempenho da função de auditoria no nível municipal. Segundo as palavras do gestor federal, “os sistemas de auditoria em alguns municípios ainda são extremamente ineficientes”. Um dos entraves identificados no nível central é o fato de a coordenação do SIH estar na Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ao passo que a auditoria sempre foi vinculada ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). Dada essa situação, o gestor federal ponderou que “as informações da auditoria não retroalimentam o sistema e, na SAS, [a tendência é resolver as dificuldades por intermédio de] portarias”.

Pode-se resumir o papel do SIH-SUS em duas falas expressivas, emitidas pelo gestor federal e o pesquisador, respectivamente:

O sistema é útil e tem que ser aperfeiçoado, só. Eu acho que não se pode voltar atrás, temos que continuar com esse sistema de pré-pagamento, [pois ele] tem as suas vantagens administrativas e suas desvantagens de transferência de responsabilidades. Eu acho que é um sistema atual e que tem que ser recomposto. Porque ele tem hoje valores históricos de uma medicina de 25 anos atrás, influenciada pelo poder da indústria, seja farmacêutica ou tecnológica (...). Como tudo no nosso país, a saúde não ia ser diferente. Então, hoje você vê focos de grandes despesas em alguns procedimentos de alto custo (...). Isso leva a algumas distorções, porque os hospitais só se interessam automaticamente por altas complexidades. Então, nós tínhamos que ter um sistema que fosse de mais informação, [de forma que] esse pagamento tivesse outros parâmetros (...), porque na verdade é um sistema (...) [por meio do qual] você transfere a responsabilidade com pré-pagamento.

No mundo inteiro, (...) quem tem ou tinha mais informação era quem tinha sistema de pagamento, quer dizer, banco de dados associado a sistemas de pagamento (...). Grande parte dos estudos de qualidade nos Estados Unidos foi feito com base nesse tipo de sistema de informação. E, apesar dos problemas, isso [o uso dos dados do SIH] no Brasil virava quase uma heresia.

PONTOS FORTES DO SIH-SUS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS

- Em sua concepção, o SIH apresenta traços de simplicidade e criatividade sobre uma questão complexa, podendo-se dizer que continua sendo um sistema moderno e muito útil para a gestão e para a pesquisa.
- Apesar de não ter cobertura universal, é um sistema bastante robusto, porque os dados obtidos por meio da AIH correspondem a 70% ou mais da produção hospitalar, equivalente a cerca de 12 milhões de internações/ano.
- É o único sistema que tem informação com poucos meses de defasagem. Oferece a informação de forma rápida, no caso de muitos agravos, contribuindo para a tomada de decisões pelos gestores. Isso explica como o SIH, apesar de ser um sistema de faturamento, contém dados cujos usos extrapolam o pagamento, servindo para gerar informações complementares à vigilância epidemiológica, em estudos de utilização e avaliação dos serviços de saúde e de diagnóstico da situação de saúde, inclusive da carga de doenças no país.
- O SIH-SUS é considerado um bom sistema para a gestão e o planejamento, sendo amplamente usado. Nesse sentido, a Programação Pactuada Integrada propiciou o aprimoramento da qualidade de suas informações.
- O SIH-SUS contribui para o próprio gerenciamento do hospital, pois o prestador pode sistematizar seus dados e, atualmente, está mais bem informado sobre seu próprio funcionamento, sobre as questões do tempo de permanência hospitalar, de complicações, de faturamento e do perfil de seus usuários.
- O sistema se antecipou, em quase 20 anos, em alguns aspectos que passaram a caracterizar o sistema de pagamento e a concepção das tabelas de procedimentos das operadoras de planos de saúde privados.
- O SIH-SUS é considerado um sistema de informação cuja capacidade de difusão e de disponibilização das informações têm dado visibilidade aos serviços de saúde e à assistência hospitalar no país.

PONTOS FRACOS DO SIH-SUS IDENTIFICADOS NAS ENTREVISTAS

- O SIH-SUS, como banco de dados administrativo em saúde, cuja concepção é a de pagamento de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde, apresenta como ponto fraco a possibilidade de distorção das informações, provocada pela lógica de obtenção de maior faturamento.
- Ainda que sua cobertura seja considerada satisfatória, ele não tem informações sobre a rede privada não conveniada ao SUS.
- Algumas mudanças na gestão do sistema de informação, como a introdução de procedimentos de alta complexidade, a instituição de teto financeiro, normatizações excessivas e distintas lógicas de remuneração, vêm prejudicando a possibilidade de se avaliar a sua real cobertura.
- O sistema tornou-se mais complexo, e seu aprimoramento não tem sido acompanhado de um controle de qualidade das informações nele contidas.
- Um problema grave é a falta de sintonia entre quem coleta os dados, que em geral é o chamado “faturista”, e quem usa a informação.
- Treinamento insuficiente dos profissionais que fazem a coleta de dados.
- O sistema permite que os municípios desenvolvam algumas práticas que acabam transformando a AIH numa espécie de moeda, com a qual é paga uma parcela dos salários de algumas categorias de profissionais.

RECOMENDAÇÕES ORIUNDAS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

- A necessidade de instrumentos legais/incentivos que capturem informações, que não somente a financeira, do setor privado não conveniado com regularidade e qualidade pode aumentar a cobertura do SIH-SUS, favorecendo a gestão do SUS, bem como a produção de conhecimento no campo da assistência hospitalar.
- Embora já existam ferramentas que possibilitam, pelo nome, identificar a mesma pessoa nas diferentes bases de dados, a possibilidade de linkage entre os diferentes sistemas de informação deve ser viabilizada.
- Deve haver uma otimização no sistema de captura de dados, de modo a contribuir para que os profissionais da vigilância em saúde, o pesquisador, o gestor e outros atores da sociedade usem simultaneamente todos os bancos de dados e não um banco de cada vez.
- É importante a adoção de uma tabela única e sistematicamente atualizada de procedimentos padronizados e harmonizados para o Sistema de Informação Hospitalar e para o Sistema de Informação Ambulatorial, cujo princípio orientador não seja a disponibilidade de recursos, mas sim os avanços tecnológicos nos campos de diagnóstico e tratamento.
- Deve-se desvincular a informação do faturamento. O sistema deve conter todas as informações sobre as internações, independentemente do interesse pelo ressarcimento das internações pelo Sistema Único de Saúde, de forma que possa vir a ser uma ferramenta ainda melhor para a vigilância em saúde, para a pesquisa e para o controle social. Para tanto, merecem ser consensuados os mecanismos para que estados e prestadores entreguem a totalidade dos registros de suas internações.
- Deve-se qualificar a captura dos dados nos hospitais por meio de qualificação profissional e pela alimentação da informação pelo próprio profissional de saúde, a partir de um sistema de coleta eletrônico.

- Deve-se criar um sistema de captura amostral, sem caráter excludente às informações contidas no SIH-SUS, de forma a contribuir para o conjunto de dados existentes nos diversos sistemas disponíveis atualmente.
- Deve-se estimular o uso do SIH para fins de vigilância e planejamento em saúde. Além disso, o uso da base de dados deve ser redirecionado e ampliado ainda mais, não só como ferramenta de auditoria, mas também para gerar informações epidemiológicas, para o planejamento e a gestão, bem como para favorecer a disseminação de dados.
- Deve haver uma articulação extra-setorial e com outras bases. Já existe uma iniciativa em São Paulo (Projeto DW-Saúde) para suprir a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo com informações gerenciais obtidas mediante a integração de dados provenientes de diversas fontes isoladas de dados, de forma que os gestores possam, de maneira muito simples, extrair relatórios analíticos complexos, com informações gerenciais para apoio à tomada de decisões.
- Devem ser implementados mecanismos eficientes e permanentes de controle e auditoria da qualidade dos dados, independentemente do sistema de crítica instituído para o combate de fraudes.
- Deve ser dada ênfase aos dados essenciais. Assim, deveria haver a constituição de uma base de informações que capturaria, a partir dos prontuários, um conjunto de variáveis suficientes para prover, de forma ágil, uma visão da realidade da saúde no país, incluindo as questões de nascimento, óbito e maternidade.
- O sistema deve ser simplificado para aumentar a cobertura, incluindo o setor privado não conveniado. Tal medida teria como objetivos a facilitação do entendimento de todo o processo de pagamento e a adesão do setor privado.

À GUIA DE CONCLUSÃO

A qualidade das informações constitui um dos principais problemas que devem ser enfrentados quando da utilização de bancos de dados secundários, especialmente os bancos administrativos em saúde, como é o caso do SIH-SUS.

A discussão em torno das restrições no uso de grandes bancos de dados, como fonte de informação, para a realização de estudos epidemiológicos diz respeito a, principalmente, duas vertentes: aos objetivos para os quais os registros sobre as atividades dos serviços de saúde são gerados e à abrangência do sistema de informações (TRAVASSOS; MARTINS, 1994). Apesar disso, a grande riqueza de informações disponíveis nesses bancos de dados possibilita desenvolver estudos no campo da avaliação de serviços e, cada vez mais, tais dados têm sido utilizados para monitorar aspectos da qualidade da atenção.

O SIH-SUS vem aperfeiçoando seu sistema de crítica, bem como ampliando o número de variáveis consideradas de preenchimento obrigatório nas AIHs. Contudo, ainda persiste heterogeneidade na qualidade do preenchimento dos diversos campos. Além disso, pode também haver diferenças de preenchimento entre os hospitais, em função da disponibilidade de recursos humanos e físicos, bem como pelo maior ou menor uso do SIH-SUS, pelas próprias unidades, como fonte de informação.

Os críticos do sistema de financiamento adotado pelo Ministério da Saúde, baseado no pós-pagamento por procedimento, questionam também o Sistema de Informações Hospitalares (TRAVASSOS apud PEPE, 2002). Entretanto, trata-se de um sistema de informação atualizado, com apenas meses de defasagem entre a coleta e a divulgação de dados de um elevado número de internações. Em um país onde a informação existente é escassa e pouco trabalhada, pode ser prejudicial ignorar as potencialidades do sistema na direção de subsidiar gestores em diversos níveis e de prover material para análises sobre saúde.

A confiabilidade dos diagnósticos principais, dos procedimentos e dos dados demográficos tem se apresentado satisfatória para várias situações. A existência de “dados questionáveis” tem diminuído ao longo do tempo, em resposta às exigências introduzidas pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS). E, finalmente, seu uso comparativo com o SIM e o Sinan demonstrou que o SIH-SUS pode, em situações específicas, fornecer informações mais próximas da realidade e de forma mais precoce.

É o seu uso rotineiro que pode identificar os problemas existentes e apontar as possíveis correções, bem como as ações necessárias para garantir informações mais fidedignas, já que sua maior precisão está relacionada à quantidade e à variedade de análises realizadas com os sistemas de informação.

Pode-se finalizar este texto com a observação do gestor federal:

O que acontece [é] que as pessoas (...) [partem da] premissa básica de que os sistemas de pagamento não são confiáveis. Isso virou a verdade absoluta.

Ainda que o SIH-SUS possa ter aspectos de maior debilidade, oriundos em grande parte do fato de ser um sistema de pagamento, ele certamente constitui um sistema de informação de utilidade para distintos atores, muitos dos quais o subutilizam, muitas vezes porque não confiam nas informações ali registradas.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. 2005. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/download/MANUAL%20DO%20SIH-%20DEZEMBRO%20DE%202005%20-%20VERSAO%20FINAL-b.pdf>.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 98, de 14 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 fev. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass). *Nota Técnica n.º 36/2004: Projeto de Descentralização do SIH/SUS – Regulação*. 2004. Disponível em: <<http://www.conass.com.br/admin/arquivos/NT%2036-04.pdf>>. Acesso em: 12 de jun. de 2006.

ESCOSTEGUY, C. C. *Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, V. M. B.; PORTELLA, M. C. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 317-324, 1999.

GOUVÊA, C. S. D. *Tendências recentes da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro*. 1996. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 85).

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. M. V.; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 185-192, 2001.

NORONHA, M. F. *Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups*.

Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

NORONHA, M. F.; CAMPOS, H. S. Hospitalizações por asma no Brasil. *Pulmão RJ*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 10-30, 2000.

PEPE, V. L. E. *Internações e reinternações psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro*. 2002. Tese (Doutorado em Medicina)–Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SCHRAMM, J. M. A. *A natimortalidade, a mortalidade neonatal precoce e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: uma abordagem metodológica*. 2000. Tese (Doutorado)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

SCHRAMM, J. M. A.; SZWARCOWALD, C. L. Diferenciais nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v.16, n. 4, p. 1031-1040, 2000.

TRAVASSOS, C. M.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 339-35, 1994.

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Mônica de Castro Maia Senna

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é o mais antigo dos sistemas de informação em saúde de abrangência nacional em funcionamento no Brasil. Sua instituição pelo Ministério da Saúde data de 1975 e, desde então, o sistema tem passado por uma série de modificações e aprimoramentos.

A base de informações do SIM é a Declaração de Óbito (DO), que possui um modelo único padronizado para todo o país. Este modelo é o mesmo tanto para óbitos em geral quanto para óbitos fetais. Segundo a legislação brasileira, a DO deve ser preenchida por médicos e, nos casos de morte por causa não natural, por peritos legistas, após necropsia.

As DO são impressas pelo Ministério da Saúde e distribuídas às secretarias estaduais de saúde (SES), para subseqüente fornecimento às secretarias municipais de saúde (SMS). Estas, por sua vez, repassam as DO aos estabelecimentos de saúde, aos institutos de medicina legal (IML), aos serviços de verificação de óbitos (SVO) e aos cartórios de registro civil. Atualmente, as SMS são também responsáveis pelo controle da distribuição das DO aos hospitais e médicos. Tal controle coibiu uma prática bastante freqüente no passado recente, em que agências funerárias tinham livre acesso às DO e ofereciam-nas preenchidas ou apenas assinadas por médicos que não haviam tratado ou sequer examinado a pessoa falecida.

Desde 1994, a DO é preenchida em três vias, que percorrem o seguinte fluxo. A primeira via (cor branca) é recolhida dos estabelecimentos de saúde e institutos de medicina legal, pelos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade (em geral, as secretarias de saúde), ou enviada a estes pelos estabelecimentos referidos. O destino dessa via é o processamento de dados nas instâncias municipais ou estaduais. A segunda via (cor amarela) é entregue pelo médico ou pelo estabelecimento que a preencheu à família da pessoa falecida, para que seja levada ao cartório de registro civil, onde deve ficar arquivada para os procedimentos legais. A terceira via (cor rosa) permanece na unidade notificadora, junto à documentação do paciente. Nos casos de óbitos domiciliares, em que o falecimento é, em geral, atestado por um médico particular, essa via também é entregue à família e segue o mesmo fluxo da segunda via.

Quando chegam aos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade (em geral, as secretarias municipais de saúde),¹ as DO são submetidas a um processo de crítica, a fim de detectar possíveis erros de preenchimento e realizar a seleção da causa básica do óbito, a codificação e a digitação dos dados.

Desde 2003, o órgão gestor do SIM passou a ser a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde,² a quem cabe a responsabilidade pela *"área finalística, que determina o objetivo e os propósitos de um sistema de informações, garantindo que ele cumpra as funções para o qual foi concebido, ou seja, responsável pela definição de variáveis, fluxos de informação, críticas e agregação de dados, além das ordenações que se fizerem necessárias"* (BRASIL, 2003a, 2003b).

¹ De acordo com Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2006), até o início dos anos 1990, o processamento dos dados do SIM era feito no Centro de Informações em Saúde do Ministério da Saúde e apenas os estados que dispusessem de serviços computadorizados enviavam fitas magnéticas com os dados pré-critcados ao Ministério da Saúde. O avanço da tecnologia da informática e a disponibilização de computadores nos níveis estadual e municipal contribuíram para que, hoje, boa parte da coleta, do processamento e das análises dos dados de mortalidade possa ser feita localmente.

² Desde a sua criação, em 1975, o SIM pertenceu a diferentes setores do Ministério da Saúde, dadas as diversas mudanças na estrutura ministerial.

TRAJETÓRIA INICIAL DO SIM

Instituído pelo Ministério da Saúde em 1975 e com formato informatizado a partir de 1979, o SIM tem suas origens associadas à implantação do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação Internacional de Doenças em Português,³ sediado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). A perspectiva era de que o referido centro apoiasse estudos de mortalidade, particularmente em relação à questão da classificação internacional de doenças, contribuindo tanto para as novas revisões como também para o treinamento de pessoal para fazer a classificação.

A criação do centro de referência teve grande apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), sobretudo a partir do desenvolvimento do estudo intitulado Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, em conjunto com um grupo de professores e pesquisadores da FSP/USP, que envolveu vários países das Américas. No Brasil, o citado estudo foi desenvolvido em três municípios (São Paulo, Ribeirão Preto e Recife) e consistia na investigação de uma amostra de óbitos de crianças menores de cinco anos, por intermédio dos registros de nascimento e óbito e da realização de entrevistas com profissionais de saúde e famílias. Os resultados do estudo apontaram para o grande sub-registro de óbitos e para a ausência de uniformidade da fonte de dados de mortalidade, ou seja, apontaram para os efeitos da inexistência de um modelo único de atestado de óbito no país.

Vale destacar que, naquela época, todo o processo de coleta, consolidação e divulgação dos dados de nascimento e óbito ficava a cargo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mediante os registros civis em cartórios. O envolvimento dos setores governamentais da saúde, em especial do Ministério da Saúde, com tal processo era, assim, praticamente nulo.

Foi, portanto, a partir de 1975, quando um grupo de profissionais altamente qualificados, vinculados ao Centro Brasileiro de Classificação Internacional de Doenças (CBCD), da FSP/USP, e a outras instituições brasileiras, foi convidado a compor o quadro do Ministério da Saúde, na gestão do então Ministro Paulo de Almeida Machado, que se criaram as condições institucionais para a implantação do SIM em âmbito nacional.⁴

Para a abordagem do SIM neste trabalho de consulta, foram realizadas cinco entrevistas com profissionais que compreenderam: um pesquisador, cuja biografia é a de uma pessoa fundadora do sistema; dois gestores estaduais, um gestor municipal e um gestor federal. Cabe sublinhar que esses são os seus perfis predominantes, pois que os gestores federal e municipal são também usuários do sistema como pesquisadores.

Alguns desses entrevistados ressaltaram que a implantação do SIM representou uma nova concepção na abordagem da mortalidade brasileira, que deixou de ser vista apenas sob a ótica da demografia e da contagem populacional para ser entendida sob a perspectiva da epidemiologia, conforme expressaram, em entrevista, o gestor federal e o gestor municipal, respectivamente:

³ No Brasil, este centro recebeu a denominação de *Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD)*, atualmente *Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações de Doenças em Português*. Estes nomes são usados indistintamente pelos gestores e profissionais de saúde, inclusive por nossos entrevistados, motivo pelo qual aparecem neste trabalho com as diferentes denominações.

⁴ Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2006) ressaltam que durante as décadas de 1960 e 1970 alguns fatos contribuíram para estimular as autoridades competentes no sentido de criar um sistema nacional de informação de mortalidade de interesse para o setor Saúde, entre os quais destacam: (a) a atuação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) no que se refere a trabalhos sobre registros dos eventos vitais e avaliação de sua cobertura, em especial no Norte e no Nordeste do Brasil; (b) a atuação da FSP/USP no que tange aos cursos sobre classificação internacional de doenças (CID) desde a década de 1960 e à participação em estudos multicêntricos sobre mortalidade coordenados pela Opas/OMS; (c) a criação de sistemas estaduais de informação sobre estatísticas de mortalidade; e (d) a inexistência de informações sobre óbitos no Brasil nos anuários internacionais da Opas, da OMS e da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, em meados dos anos 1970, já existiam os insumos favoráveis à implantação de um sistema de informação em nível nacional, faltando apenas, na opinião destes autores, decisão política para sua implantação, o que ocorreu na gestão do então Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado.

Do ponto de vista do Ministério da Saúde, não existia praticamente nada. Evidentemente, o IBGE coletava, via cartórios, o número de nascimentos, o número de óbitos, o clássico. Mas nós vimos o seguinte: o maior usuário dos dados de mortalidade vai ser sempre o Ministério da Saúde.

O sistema de informações de mortalidade na cidade de São Paulo – o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (Proaim)⁵ – foi uma iniciativa pioneira. Ele toma o óbito como evento epidemiológico, sendo que o óbito era tratado, no estado de São Paulo, como um evento demográfico. O óbito era a saída do estoque populacional. E aí entra o Proaim, dando uma lógica de vigilância epidemiológica. Então, o óbito não é uma saída de estoque populacional, o óbito é um caso epidemiológico. Ele tem nome, tem endereço, tem causa. E se ele tem uma causa, precisa-se ver que causa é essa, precisa-se ver o que se pode fazer com isso. E isso vai permitir organizar o sistema, fazer diagnóstico da situação de saúde, vai permitir um monte de coisas aliadas ao serviço. Naquele momento, era muito isso.

De fato, conforme já mencionado, até a implantação do SIM as estatísticas vitais (nascimentos e mortes) de âmbito nacional eram produzidas pelo IBGE, a partir dos registros nos cartórios, sem fornecer, contudo, informações detalhadas sobre as causas de morte e outras variáveis de interesse epidemiológico.

Naquele contexto, duas tarefas se colocavam como prioritárias à implantação do SIM. A primeira era a construção de um modelo único de atestado de óbito para todo o país, considerando-se que não havia uma padronização dos registros de óbito no território nacional. Na fala do pesquisador/gestor federal entrevistado:

Criou-se, desse modo, o SIM, Sistema de Informações sobre Mortalidade, cuja grande contribuição, naquele momento, era a implantação de um modelo único de atestado de óbito no país.

A segunda tarefa era combater o elevado índice de sub-registro de óbitos, de forma a aumentar a cobertura do sistema. Para tanto, segundo os entrevistados, foi feito um intenso trabalho de sensibilização dos envolvidos com o sistema, como os secretários de saúde, os profissionais de saúde, em especial os médicos, os conselhos regionais de medicina, os cartórios de registro civil, entre outros. Todos os entrevistados mencionaram que, para além do processo de sensibilização, também houve um investimento maciço na capacitação dos profissionais quanto ao preenchimento do atestado de óbito e à qualidade da informação prestada.

Vale dizer que a implantação do SIM não se deu de forma homogênea entre os estados, nem em termos do ritmo com que foi impresso nas diferentes regiões e estados do país, nem em termos da cobertura do sistema, haja vista as diversas realidades existentes. Como afirma Viacava (2005, p. 2), *“as desigualdades sociais existentes no Brasil refletem-se no desempenho do sistema de saúde, mas também no registro e na notificação de eventos vitais”*.

Dificuldades no preenchimento dos atestados, baixa qualificação técnica, fluxos inexistentes ou pouco institucionalizados, existência de cemitérios clandestinos, entre outros, são alguns exemplos das dificuldades iniciais do SIM que demandaram estratégias diferentes de acordo com cada realidade local.

O apoio da OMS e da Opas, o investimento do Ministério da Saúde e o envolvimento de profissionais e gestores com o sistema foram apontados nas entrevistas como elementos fundamentais para a implantação e o posterior desenvolvimento do SIM no país.

Os entrevistados reconheceram que, no momento atual, o controle do Ministério da Saúde em relação às informações de óbitos é muito mais rigoroso do que nos primeiros anos de implantação

⁵ Para maiores referências sobre o Proaim, consulte: São Paulo (cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade. *Coletânea de textos dos boletins*. São Paulo: PMSP, 2003.

do SIM, pois existem avanços importantes na cobertura do sistema, na qualidade dos dados e na disseminação das informações produzidas.

AVANÇOS NA COBERTURA E NA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Os entrevistados foram unânimes em apontar os avanços obtidos na cobertura do SIM desde sua implantação. Como se sabe, quando o SIM foi instituído, o sub-registro de óbitos apresentava um percentual bastante elevado, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país. Progressivamente, porém, o sistema conseguiu avançar de forma significativa em termos de sua cobertura, atingindo o percentual médio no país de 84%, em 2003, com variações de menos de 60% em alguns estados na região Nordeste e até mais de 90% nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.⁶

Ainda que com o reconhecimento das dificuldades persistentes no Norte e no Nordeste do país, as entrevistas reforçaram os avanços alcançados na cobertura do sistema, mesmo nas referidas regiões. Como salientaram o pesquisador/gestor federal e o gestor estadual, respectivamente:

Do ponto de vista quantitativo, da cobertura do sistema, o grande problema das informações sobre mortalidade sempre foi o Nordeste e o Norte. Só que também a cobertura aumentou muito nesses estados.

Em relação à cobertura, a gente tem hoje, sem dúvida alguma, maior cobertura do sistema.

Um aspecto destacado em algumas entrevistas está relacionado à tendência de superestimar o sub-registro de óbitos em certas localidades do país. A percepção dessa tendência está ancorada no fato de que o método de cálculo do índice de sub-registro é feito a partir de estimativas demográficas de longo prazo, o que não permite captar as aceleradas mudanças que vêm ocorrendo em período recente nas taxas de fecundidade, no aumento da expectativa de vida e na oferta de serviços de saúde, entre outras, que incidem diretamente no perfil da mortalidade. Nos termos empregados por um gestor federal:

Qual é o nosso problema hoje? É o parâmetro para avaliar esse sub-registro. Porque o nosso parâmetro hoje é a estimativa do IBGE. O ideal é ter um parâmetro externo. E o parâmetro externo é a estimativa. Mas também a estimativa do IBGE tem problemas. Ela faz uma estimativa de longuíssimo prazo, até 2030 e isso acarreta que eles incorporem fatores que são do passado. Isso pode gerar uma defasagem. Geralmente, essas tendências são superestimadas.

Propostas de revisão desse processo vêm sendo experimentadas, seja no âmbito do Ministério da Saúde, seja em determinados estados e municípios, como demonstram os depoimentos a seguir:

O sub-registro de óbitos no estado é baixo. É baixo porque o indicador é o seguinte: eu tenho que fazer a taxa de mortalidade padronizada para os municípios. O município que tiver menos de quatro óbitos por mil habitantes é aquele que tem sub-registro. Então, se eu não padronizar, eu corro o risco de dimensionar o registro de forma equivocada (gestor estadual).

Todo mundo reclama do IBGE. Mas o IBGE tem seus objetivos específicos. Daí, eu tomo dele uma estimativa que ele usa para outras coisas e reclamo? Não vamos, nós, fazer nossas estimativas, incorporando, nas estimativas, as nossas necessidades. Posso continuar usando a do IBGE? Posso. Mas vamos fazer outras estimativas. Para a mortalidade, a gente criou um outro parâmetro, sugerido por Célia Landmann na

⁶ Cálculo baseado em estimativas demográficas (MANSANO, 2004 apud VIACAVA, 2005).

pesquisa sobre óbito infantil que ela coordenou. Nós extrapolamos este parâmetro para o óbito de forma geral. O parâmetro sugerido é o da mortalidade por município. Coeficiente de mortalidade geral menor que 4 sugere que o SIM no município tem uma baixa cobertura. Esse é um dos parâmetros usados para controlar o modelo na hora da cobertura (gestor federal).

Do ponto de vista da qualidade da informação, também foi unânime entre os entrevistados a avaliação de que houve avanços significativos no preenchimento da declaração de óbito desde a implantação do SIM. Esta melhoria, no entanto, como chamam a atenção os vários depoimentos, não se deu com a mesma intensidade nos diferentes estados do país, nem nos diversos campos de preenchimento da DO. O principal problema, para os entrevistados, localiza-se no elevado percentual de óbitos por causas mal definidas.

Hoje, o nosso grande desafio é a redução de causas mal definidas. (...) Você tem, no Nordeste, lugares com uma proporção em torno de 20 a 30% de mal definidas (gestor estadual).

Bom, um dos principais problemas ainda é o diagnóstico. Principalmente as causas mal definidas como diagnóstico da causa mortis. Sem dúvida, esse é um problema importante. E que tem reduzido ao longo do tempo. Hoje, a proporção de óbitos mal definidos no Brasil está em torno de 13%. Em alguns estados, ainda está em torno de 30%. Então, o SIM tem melhorado sob esse ponto de vista. Mas ainda há muito o que avançar (gestor federal).

Alguns aspectos que contribuem para a existência de índices ainda elevados de óbitos por causas mal definidas foram citados nas entrevistas. Dificuldades relacionadas à qualificação de profissionais codificadores da causa básica do óbito em diferentes localidades do país (baixa escolaridade, rotatividade dos profissionais, entre outras) foram algumas das mencionadas pelos entrevistados.

Muitas vezes, o município está sem codificador. Você vê que em certos municípios há muita alternância de pessoal. Isso é uma coisa que atrapalha bastante, não é verdade? Quando você tem um codificador, investe na capacitação desse codificador e ele sai (...). Aí, fica sem aquele codificador (...) [com quem] a gente já tinha trabalhado e bota tudo a perder (gestor estadual).

A introdução de um aplicativo (conhecido como Seletor de Causa Básica ou SCB)⁷ no programa informatizado do SIM para a escolha da causa básica permitiu, como realçaram alguns depoimentos, maior confiança na qualidade desta informação, uma vez que o sistema opera toda uma seqüência lógica para a seleção da causa básica. Ao mesmo tempo, os entrevistados destacaram que tal aplicativo não substituiu a necessidade de capacitação de profissionais codificadores.

Hoje, pelo menos, a gente tem mais segurança porque o programa tem um aplicativo que escolhe a causa básica. Na época em que a gente começou, era o que o codificador decidia. Atualmente, o sistema funciona assim: você digita e ele aplica as regras. Mas é um sistema informatizado. (...) Você tem que digitar o código colocando-o nas linhas, exatamente do jeito que o médico escreveu. E o código correto. Isso o sistema não resolve! Você tem que dar certo para ele. E aí, colocando [o código] nas linhas corretamente, ele escolhe a causa. E, do lado, ele abre uma janela, dizendo o que ele fez, que tal afecção leva a tal afecção. (...) Eu sempre falo que eu me sentiria extrema-

⁷ Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb (2006) destacam que, desde a criação do CBCD, foram feitos contatos com o Centro Colaborador da OMS para a América do Norte, a fim de que se conhecesse o sistema eletrônico de seleção da causa básica de morte, o ACME (*Automated Classification of Medical Entities*), e se estudasse a possibilidade de implantá-lo no Brasil. Em 1983, o sistema ACME foi implantado no estado de São Paulo, pela Fundação Seade, sob supervisão do CBCD, de forma que o Brasil se tornou o primeiro país, depois dos Estados Unidos, a utilizá-lo. Com a expansão dos microcomputadores, o CBCD começou a elaborar, em parceria com o DATASUS, um programa de seleção automática da causa básica para uso em microcomputadores. Ao final da década de 1990, este sistema, conhecido como Seletor de Causa Básica (SCB), foi testado e incorporado ao SIM e vem sendo continuamente aprimorado. Para os autores, a adoção desse sistema foi um fator importante para a uniformização da seleção da causa básica.

mente frustrada de estar fazendo uma coisa lá, (...) [sabendo] que o sistema escolhe uma causa que eu não sei por que ele está escolhendo aquilo. (...) E só quem sabe é quem pode criticar, para poder melhorar o sistema (gestora estadual).

Foram feitas referências a possíveis fragilidades do programa informatizado de seleção da causa básica. Destaque foi dado ao fato de que o programa se baseia em uma tabela norte-americana, cujo perfil epidemiológico difere do brasileiro e, desse modo, pode gerar diferenças na interpretação da causa básica. O relato a seguir aborda tal questão.

O programa de codificação da causa básica tem falhas: ele consulta uma tabela, para saber se, por exemplo, hipertensão leva a um infarto. A máquina não sabe, consulta uma tabela. Se nessa tabela estiver algum erro de interpretação (...). Essa tabela é uma tabela americana, que tem uma determinada lógica. Existem doenças que aqui acontecem, que aqui são possíveis, em relação à questão de infecção e da desnutrição, por exemplo, e que é diferente para eles. A diarreia. Para a gente, ela é sempre infecciosa. Para eles, não! (gestor estadual).

O desconhecimento e a pouca capacitação dos profissionais médicos para o preenchimento da DO foram fatores destacados por quase todos os entrevistados. O pouco interesse e a importância dados por alguns profissionais ao processo de preenchimento da DO, muitas vezes visto como procedimento meramente burocrático, também foram apontados nas entrevistas.

A concepção dos profissionais é esta: preencher papel é muito ruim, ler manual é pior ainda, ninguém gosta (gestor estadual).

Na consulta, houve o reconhecimento de que os óbitos ocorridos em emergências e em internações hospitalares com tempo de permanência inferior a 24 horas são aqueles cujas causas mal definidas assumem elevada proporção. Isso se deve a certa cultura arraigada entre os médicos de que se a pessoa que faleceu não estava sendo por ele acompanhada anteriormente, seria mais prudente registrar os sintomas e os sinais ou, então, a causa indeterminada, o que, certamente, é um equívoco.

Existe uma lenda neste país que é a seguinte: se morreu no hospital, não ficou 24 horas, não é para dar atestado de óbito (pesquisador e gestor federal).

Porque existe esse problema das emergências, da pessoa que chega ao hospital já cadáver. Nesse caso, fica impossível determinar a causa da morte. A não ser que a família traga alguma documentação. Mas eu digo que a parte I do atestado, nas linhas "a" e "b", que são referentes à causa da morte, você pode dizer que você desconhece, que é indeterminado. Mas você pode usar a parte II, para colocar a causa provável. Porque se a pessoa chega à unidade de saúde e você atende (...). Para desencadear alguma ação, você tem que ter uma hipótese (...). É comum a noção do plantonista de que o óbito de paciente internado e que ele não acompanhou saia com causa indeterminada (gestor estadual).

Em relação às outras variáveis do SIM, houve uma percepção generalizada entre os entrevistados de que ocorreram melhorias na qualidade da informação, com redução do não preenchimento em quase todos os campos.

Alguns entrevistados fizeram referências ao fato de que as omissões mais comuns são aquelas relativas às variáveis de recebimento de assistência médica, à confirmação laboratorial do diagnóstico e à realização de cirurgia (campos 45, 46 e 47). Outros entrevistados chamaram a atenção para a omissão do local de ocorrência do óbito no caso de mortes violentas em via pública, o que requeria, por parte dos médicos atestantes, um trabalho mais apurado de investigação epidemiológica.

O que não é bem preenchido? [A causa do óbito] nas situações de violência na via pública. Esse ninguém preenche, porque implica que quem está preenchendo deve

buscar a informação. O cara morreu atropelado em via pública. Morreu lá. Quem preenche não vai atrás. Então, o que nos tem dificultado é a análise de óbitos por violência e seu local de ocorrência (gestor federal).

No caso de óbito de mulheres em idade fértil, as variáveis sinalizadoras de possível óbito materno (campos 43 e 44) foram também mencionadas como aquelas que apresentam um índice ainda elevado de não preenchimento. Quanto aos campos referentes ao óbito de menores de 1 ano de idade (campos 33 a 42), os entrevistados se dividiram na percepção da melhoria do preenchimento. Enquanto alguns reforçavam a existência de melhorias no preenchimento desses campos, outros entrevistados consideravam tais variáveis como uma das omissões mais frequentes no preenchimento da DO.

Entre as chamadas variáveis sociais, os entrevistados ressaltaram a melhoria no preenchimento dos campos raça/cor e escolaridade. Já a variável ocupação foi considerada de baixa confiabilidade, tendo em vista a extensa lista de classificação das ocupações e as diferentes interpretações que ela assume, o que vem incentivando, para os entrevistados, o debate sobre sua revisão e seu aperfeiçoamento ou mesmo a supressão do referido campo.

Diferenças na qualidade da informação entre os setores público e privado da saúde foram confirmadas pelos entrevistados. Embora não haja ainda um estudo apurado sobre tal questão, a experiência acumulada na gestão e na utilização do SIM permitiu aos entrevistados identificar uma melhor qualidade no preenchimento das DO no setor público. Isso se deve à predominância, no setor privado, da lógica do faturamento por procedimentos, relegando as informações epidemiológicas a segundo plano. Por outro lado, a implantação de núcleos de epidemiologia no âmbito dos hospitais públicos foi destacada como um fator que contribuiu para a melhoria da qualidade da informação.

Muitos foram os aspectos que contribuíram para o avanço do SIM, na opinião dos entrevistados, seja em relação à cobertura, seja no tocante à qualidade das informações. O investimento realizado, tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, na qualificação dos profissionais envolvidos com o sistema, desde a coleta das informações até a fase final de processamento, foi fundamental. Os entrevistados ressaltaram que, mais do que mostrar como funciona e opera o sistema, a qualificação refletiu a preocupação de sensibilizar e envolver os profissionais com o sistema, mostrando a importância da informação da mortalidade e as diferentes possibilidades de utilização desta informação para a gestão, a intervenção oportuna e a avaliação das ações de saúde.

Outra estratégia para a melhoria da qualidade da informação é trabalhar na questão da capacitação junto aos municípios. (...) Aí, discutimos preenchimento, as mal definidas, todas as variáveis. Porque aí não é só uma questão do óbito, é uma questão de idade, sexo, local de residência, as variáveis como um todo. A gente aproveita nessa capacitação para mostrar o que é que a gente faz com essa DO. E não é só ir lá dizer que tem que preencher (gestor estadual).

A gente foi discutir muito o preenchimento da declaração de óbito com os profissionais médicos e a valorização deles. Então, a gente levava um pouco como é que estava a estatística de óbito, como é que estava a informação de mortalidade daquele hospital, mostrava para ele, por exemplo, a porcentagem e mostrava que aquilo era um pouco do retrato da qualidade da atenção. Então, isso começou a mexer [com eles] (gestor estadual).

O avanço do processo de municipalização da saúde também foi referido como um fator importante na melhoria do sistema. Isso porque permitiu um maior envolvimento dos gestores locais com a produção, a utilização e a difusão da informação em saúde. À medida que o nível local passou a assumir a responsabilidade pela gestão setorial, a informação em saúde adquiriu um novo status, tendo em vista sua importância na tomada de decisões.

É também a aproximação do sistema de mortalidade com o médico, que é uma coisa que eu defendo. Quanto mais a gente aproximar quem registra de quem usa e organiza a informação, que é o gestor da informação, entre outras, mais você vai ter qualidade da informação (gestor estadual).

Se antes os municípios apenas alimentavam os sistemas de informação em saúde, com a descentralização, eles passaram a assumir responsabilidades com a organização e a gestão desses sistemas, com ganhos para a qualidade da informação. Muitos municípios, com o apoio das secretarias estaduais de saúde, tomaram para si a tarefa de investigação de óbitos, a partir das prioridades de cada localidade, adotando estratégias diversas para a melhoria do sistema com resultados satisfatórios.

Vamos falar da melhoria de qualidade. Num primeiro momento, a gente desenvolveu a busca das [causas] mal definidas, suspeita de aids e suspeita de morte materna. Então, construímos um aplicativo de cartas para os médicos, a fim de investigar uma suspeita em relação a uma causa mal definida. (...) E como eram essas cartas? Eram endereçadas a determinado médico. Falávamos de determinado óbito, esclarecendo onde tinha ocorrido, qual a data. E fazíamos uma solicitação, pedindo a causa básica da morte. A carta vinha com uma pergunta direta e ela era enviada com uma aula, porque junto se contava um caso clínico, se mostrava como era o preenchimento do caso clínico. [A gente] mandava uma folha de resposta, pré-preenchida, com o nome da pessoa e do hospital. E o médico tinha duas opções: contar o caso clínico de novo ou preencher uma nova declaração de óbito, para mandar para a gente. (...) A gente tem uma avaliação muito positiva disso (pesquisador e gestor municipal).

As experiências consideradas exitosas, em termos da melhoria do preenchimento da DO, apresentam em comum a adoção de estratégias relacionadas a intervenções junto aos cartórios de registro civil, a cemitérios clandestinos, a profissionais e instituições hospitalares e a institutos médico-legais. Enfim, todos os setores envolvidos com a coleta primária das informações.

Um aspecto bastante presente em todas as falas foi relativo ao envolvimento e ao engajamento dos profissionais com o SIM. A construção desse spirit du corps foi considerado um elemento crucial para o avanço do SIM, assumindo lugar central no apontamento de suas falhas, na busca de soluções e no investimento de seu pleno funcionamento.

Porque nós conseguimos, em grande parte dos municípios deste país, criar também os que "vestiram a camisa". (...) Isso está melhorando muito. E o pessoal, é aquilo que a gente falou, o pessoal se entusiasma, é uma festa (pesquisador e gestor federal).

Isso também gerou um movimento de pessoas que, de repente, passaram a estudar o Sistema de Informações sobre Mortalidade, a reconhecer e a trabalhar com ele. Então, a gente presenciou várias pessoas que, a partir dessas nossas idas, passaram a compor nos municípios e no estado e a fazer teses com isso (gestora federal).

Propostas e estratégias para superação dos problemas de cobertura e qualidade da informação ainda persistentes têm sido implantadas em diversos locais, envolvendo iniciativas, isoladas ou conjuntas, dos municípios, das SES e do Ministério da Saúde. O aprofundamento do processo de capacitação dos profissionais, como um processo permanente, é uma delas. É inegável que o pleno funcionamento do SIM depende da qualidade do preenchimento da DO, o que, por sua vez, exige profissionais capacitados para tanto.

Outra estratégia adotada em alguns estados foi o estabelecimento de metas de redução do percentual de óbitos mal definidos nos pactos intergestores, como a Programação Pactuada Integrada, o Pacto da Atenção Básica, entre outros. Aqui, o papel indutor e regulador do Ministério da Saúde é essencial para o alcance dessas metas.

A implantação de serviços de verificação de óbitos (SVO) foi considerada uma estratégia com potencial de redução do número de causas mal definidas. Sua implantação e seu funcionamento dependem do estabelecimento de protocolos, fluxos e rotinas, definidas por intermédio de aparato legal, de forma a padronizar sua atuação e evitar encaminhamentos de casos que poderiam ser resolvidos na unidade hospitalar onde ocorreu o óbito.

Cabe ainda ressaltar um projeto coordenado pelo Ministério da Saúde, voltado especificamente para a redução das causas mal definidas. O trecho do depoimento do gestor federal, transcrito a seguir, ilustra bem suas diretrizes gerais.

Esse projeto de redução das causas mal definidas é desenvolvido por um trabalho com a equipe local, um trabalho com a sociedade. Envolve o Ministério Público, para se ter acesso à declaração de óbito e ao cuidado. Eles estão envolvendo a promotoria pública, a promotoria de cidadania. E os médicos, os conselhos de medicina, de enfermagem. A maioria dos estados ainda não tem este projeto implantado. Onde existe universidade e faculdade de medicina, você vê o registro ligado à faculdade, que serve também para a formação de alunos, agora, as capitais não têm. Por isso, temos um projeto que é estruturante, que prevê financiamento e custeio desse serviço. Nós vamos implantar vários pelas capitais, junto ao Conselho Federal de Medicina. Porque ele tem que normatizar. Existe toda uma negociação das normas e dos procedimentos para a DO.

A implantação de um novo modelo de DO, prevista para 2006, traz a perspectiva de aperfeiçoamento de alguns campos, de forma a compatibilizar informações com outros bancos de dados e a aprimorar as possibilidades de construção e utilização da informação sobre mortalidade, conforme as necessidades de saúde e gestão do SUS.

FLUXOS E CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS DE MORTALIDADE

A coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre o óbito para o SIM estão regulamentados na Portaria MS/Funasa nº 474, de 31 de agosto de 2000. De acordo com a regulamentação, as DO são coletadas pelas secretarias municipais ou estaduais de saúde em estabelecimentos de saúde e cartórios. A seguir, as DO são codificadas e transcritas para um sistema informatizado e, então, remetidas à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cabe à SVS a consolidação dos dados e sua disponibilização para o DATASUS.

Quando da implantação do SIM em âmbito nacional, havia um tempo de demora bastante longo entre a data de coleta dos dados e sua divulgação pelo Ministério da Saúde (cerca de seis anos). Alguns entrevistados lembraram que, à época, o sistema não estava informatizado, como é atualmente, e que o ritmo e o grau de dificuldade dos estados para coletar os dados dos óbitos, codificá-los e remeter as informações ao Ministério da Saúde eram bastante desiguais. Ao mesmo tempo, as críticas e as avaliações da consistência das informações ficavam, salvo algumas exceções, centralizadas no Ministério. Assim, quando havia alguma inconsistência na base de dados, a DO era devolvida para as secretarias estaduais de saúde, que, então, faziam a averiguação e a correção das informações, o que levava muito tempo. O depoimento a seguir é ilustrativo das dificuldades iniciais.

O problema que existia inicialmente é que nós precisávamos manter um sistema dessas informações em nível central. Então, alguns estados mandavam os dados, outros não mandavam. E quando é que fecha a estatística? (...) Não havia nem computador, estava muito no início. E nós fizemos uma tabela de consistência. (...) Então, nós tínhamos uma consistência para causas, uma consistência para idade e uma consis-

tência para sexo. Quando havia alguma inconsistência, o Ministério devolvia aquela informação para o estado, que às vezes (...). Agora, suponha que o caso de morte se deu em primeiro de maio. Até [a informação] chegar ao Ministério, junho, julho. Agosto, [dado] digitado. Às vezes voltava para fazer a averiguação, meses depois, e dependendo da inconsistência o médico não averiguava nada. Às vezes, a informação só chegava ao Ministério quase um ano depois (pesquisador e gestor federal).

Nesse sentido, a descentralização do sistema e sua informatização contribuíram, na opinião dos entrevistados, para maior agilidade na transmissão dos dados e na organização do fluxo das informações. Atualmente, muitos municípios são responsáveis não só pela coleta dos dados como também por sua gestão e avaliação. Assim, em caso de inconsistências, as próprias secretarias municipais de saúde (ou mesmo as estaduais) identificam as inconsistências e fazem a sua revisão, antes do encaminhamento dos dados ao Ministério da Saúde. Com isso, o tempo entre a coleta dos dados e a divulgação das informações em âmbito nacional diminuiu de forma considerável, estando em torno de três anos. Tal intervalo foi considerado ainda longo, para alguns dos entrevistados. Outros, ao contrário, avaliaram que esse hiato é muito próximo do que ocorre em outros países tidos como referência em termos de informação em saúde, como demonstra o relato a seguir.

A morosidade na divulgação dos resultados do SIM é uma queixa bastante freqüente. Mas eu acho que nós já melhoramos muito. Porque antigamente eram cinco, seis, sete anos. Eu acho que hoje o Brasil está dentro do gap. Com os grandes países também é a mesma coisa. Veja você: eu recebo regularmente as estatísticas dos países nórdicos; dos Estados Unidos, e da Argentina também. Eu recebi em maio, junho deste ano a última publicação dos países nórdicos. O ano da publicação é 2005. Os dados, você tem de 2001, alguns para 2002. Então (...), é a mesma coisa nos Estados Unidos (pesquisador e gestor federal).

Uma questão que apareceu nas entrevistas diz respeito à compatibilidade entre a defasagem de tempo da informação e os usos que dela são feitos por diferentes segmentos. Alguns entrevistados chamaram a atenção para o fato de que as informações sobre mortalidade são de grande valia para a análise de tendências da situação de saúde e, por isso mesmo, apresentam potencial para subsidiar políticas públicas, tanto na área da Saúde quanto em outros setores. Sua utilização como evento sentinela estaria associada a ações de vigilância em saúde desenvolvidas no nível municipal, no qual o acesso à própria informação sobre mortalidade se daria de forma mais ágil e, portanto, não dependeria de seu processamento no nível federal. Por outro lado, a fim de conferir maior agilidade ao sistema, alguns estados têm divulgado informações ainda sujeitas a revisão, com intervalo de um ano. Os depoimentos a seguir ilustram bem essas questões.

A gente também tem que lembrar que essa divulgação, em nível estadual, e depois no nível federal, é para se trabalhar com série histórica. Quer dizer, para a questão da vigilância, o município tem o dado na semana, se ele quiser. A gente recomenda, inclusive, que a coleta seja semanal. Agora, se eles não fazem porque não têm carro, porque não têm não sei o que, aí, paciência! Mas essa defasagem o município tem. E é lá que tem que ter o dado para servir para a vigilância. Esse dado mais imediato, que não é propriamente do óbito, mas o da notificação. Então, o município, se quiser, tem! Porque é ele quem recolhe. Independentemente de estar centralizado o processamento do dado ou não, o recolhimento passa pelas "mãos" do município. E a gente tem dito muito isso para os municípios. Você não precisa ter um computador para ter um dado e gerar [a informação]. O município tem que conhecer isso antes, não tem que esperar a pessoa morrer. A questão da mortalidade é para que se veja a tendência, o perfil. Ela ajuda muito nessa direção (gestor estadual).

Uma das funções do SIM é prover informações sobre mortalidade de boa qualidade, confiáveis, de forma que ajudem a orientar políticas no sentido da prevenção ou da redução de danos. O sistema serve de base. Não que o sistema vá fornecer a informação, porque a informação tem que passar por um tratamento. Esses dados precisam ser tratados, trabalhados, para que virem informação. Claro que a morbidade é extremamente importante (...). A mortalidade é o fim da linha. Mas ela funciona muito bem como alerta de que as coisas estão tão ruins que estão gerando uma grande quantidade de óbitos. Então, eu defendo esse papel de dar sustentação necessária para a gente trabalhar a análise de tendências, de situações de mortalidade e, nesse sentido, ajudar a orientar a política pública (gestor federal).

Um aspecto a considerar em relação aos procedimentos para encaminhamento e consolidação dos dados de mortalidade é o fato de que, em alguns estados, a gestão do SIM foi descentralizada para os municípios, enquanto em outros ela fica sob gestão estadual. Embora as avaliações dos entrevistados tenham indicado o quanto a municipalização permitiu ao SIM avançar, alguns depoimentos destacaram a necessidade de que tal processo seja implantado em condições minimamente adequadas, de forma a preservar e melhorar a qualidade do sistema. Assim, a existência e a fixação de profissionais capacitados a operar o sistema, sobretudo codificadores, e a implantação de um processo de supervisão em âmbito local foram apontadas como condições indispensáveis para que o sistema seja descentralizado para os municípios.

O meu argumento é que, para descentralizar a mortalidade, eu tenho que ter uma equipe que consiga codificar a causa básica do óbito. Porque, senão, eu corro o risco de perder a qualidade da informação (gestor estadual).

O grau de envolvimento com o sistema vai depender de cada lugar, de cada organização (...). Por exemplo, o Rio Grande do Sul descentralizou tudo. Então, todos os municípios digitam DO, recolhem nos hospitais, dos médicos e tal, digitam. Todos. A Bahia é outra coisa. Alguns municípios, que são os maiores, digitam tudo e os menores digitam uma parte, que não codifica causa de morte. A codificação é feita só na secretaria estadual. Porque eles entendem que os municípios não têm ainda codificadores, nem capacidade para, a partir do que foi descrito, entrar com um código (gestor federal).

Merece destaque a situação do município de São Paulo. Embora tal município produza, há bastante tempo, informações sobre mortalidade e desenvolva trabalhos voltados para a melhoria da cobertura e da qualidade do sistema, bem como da investigação de óbitos, além de todo o processo de coleta e revisão dos dados, a instituição oficialmente reconhecida pelo Ministério da Saúde como gestora do SIM, em todo o estado, é a Fundação Seade, órgão vinculado à Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de São Paulo. Conforme a visão de um entrevistado, essa situação é incoerente com as perspectivas de melhoria do sistema que se deseja alcançar.

Agora, você imagina a irracionalidade do sistema do estado de São Paulo! O Proaim tem uma base de ouro refinadíssima, com investigação contínua, com instituição, investigação do IML e SVO toxicológico e tal... O sistema paralelo pega essa base de ouro, manda para a Fundação Seade, e o Seade pega as informações da base dela para transcrever na outra base, em vez de pegar a base e incorporar no sistema. É uma irracionalidade absurda. É um absurdo o que acontece no Estado de São Paulo (gestor municipal).

Vale realçar, como chamaram a atenção alguns entrevistados, que o processo de descentralização do SIM não resultou na redução do papel das SES ou do próprio Ministério da Saúde na gestão do sistema. Como afirmam Mota e Carvalho (1999), “a descentralização das ações e dos serviços de saúde deve incluir a responsabilidade compartilhada dos níveis de governo com as informações em saúde, o

que não significa simplesmente transpor sistemas sob gestão federal ou estadual para o nível local de gestão". Assim, as responsabilidades assumidas pelos municípios com a organização e a gestão dos sistemas de informação devem estar integradas aos sistemas estaduais e nacionais. Se em muitos estados não mais cabem às SES a coleta, a codificação e a transcrição das DO, tais secretarias possuem papel fundamental na qualificação dos profissionais, no controle e na avaliação da qualidade da informação e da revisão dos dados, na gestão regional do sistema e na supervisão e no apoio do processo nos vários municípios sob sua jurisdição.

No âmbito do Ministério da Saúde, existe a expectativa de que a implantação de um novo *software* para o processamento dos dados do SIM permita ao Ministério da Saúde um maior controle sobre o fluxo de informações do sistema.

Hoje, o novo sistema vai melhorar o controle. Nós vamos ter que ter o mapeamento de todas as máquinas que digiram as DO. A gente vai ter um controle muito melhor da distribuição. (...) Cada estado tem uma organização. Com o sistema novo, nós vamos aumentar o controle. Nós vamos saber de onde foi, para onde foi e em que máquina foi digitada. Mas isso com o sistema novo. (...) Isso vai até os municípios, para saber para onde foram as DO e quantas foram para cada lugar e em que máquinas elas estão sendo digitadas. Vamos ter um maior controle agora no sistema novo. Hoje, eu não tenho como controlar. Aí, neste ano de 2006, nós vamos saber, saber tudo. Mas a princípio não há nenhuma queixa de fluxo, nenhuma queixa (gestor federal).

Diferentemente do conjunto das entrevistas, o depoimento de um gestor estadual apontou a existência de certa confusão na definição dos papéis dos órgãos envolvidos com o SIM no âmbito federal. Para tal entrevistado, a falta de clareza quanto à competência dos setores envolvidos no sistema tende antes a gerar disputas e conflitos do que cooperação.

Eu acho que havia um problema de gerência nacional. Eu não sei como está hoje porque havia muita confusão: qual era o papel do DATASUS, o papel da Secretaria, o papel do Censo Brasileiro. Eu acho que o coordenador do sistema é a Secretaria de Vigilância em Saúde. Porque eu acho que todo sistema de informação deve ser gerenciado, desde a ponta, por quem, digamos assim, pelo setor que tem mais necessidade dele. Eu acho que o DATASUS é o órgão divulgador do sistema. É lógico que como a coisa da informática... Mas ele não pode ser o gestor da informação. Por exemplo, às vezes ele publica coisas em relação à própria classificação da OMS, o que é complicado.

FUNCIONAMENTO DO SIM NA ÚLTIMA DÉCADA

Todos os entrevistados, sem exceção, reconheceram avanços significativos no funcionamento do SIM desde a sua implantação, notadamente na última década. Os avanços se deram em vários aspectos:

- a) no aumento da cobertura do sistema e na redução do sub-registro de óbitos;
- b) na melhoria da qualidade no preenchimento das declarações de óbito, com diminuição das omissões e redução da proporção de causas mal definidas;
- c) na valorização da informação em saúde, no geral, e da informação sobre mortalidade, em particular, como subsídios para a tomada de decisões com base nas necessidades de saúde;
- d) no envolvimento de vários segmentos e instituições com a produção e a disseminação da informação;
- e) na maior agilidade no processamento e na divulgação das informações sobre mortalidade no país, entre outros aspectos.

Os elementos de destaque nas entrevistas foram o processo de implantação do SUS e a descentralização setorial. A assunção de responsabilidades pela gestão dos sistemas locais de saúde por parte dos municípios favoreceu a valorização da informação como mecanismo fundamental para a gestão do setor e para a avaliação das ações em saúde desenvolvidas. Desse modo, o nível local, que anteriormente apenas coletava as declarações de óbito, passou a reconhecer sua importância para a tomada de decisões em saúde e, conseqüentemente, passou a impulsionar a sua melhoria. Investimentos dos gestores municipais na capacitação de profissionais para operar o sistema e na própria montagem da infra-estrutura necessária para a implantação e o desenvolvimento dos sistemas de informações em saúde em geral são demonstrações do grau de prioridade com que a informação passou a ocupar na agenda governamental da saúde.

A gente percebe claramente que a descentralização teve uma associação interessante com a qualidade da informação, do ponto de vista da causa do óbito (gestor estadual).

O Proaim tinha prioridade absoluta na gestão municipal no SUS. O SUS entendia que o sistema de mortalidade do SUS era o Proaim. E o Proaim começa a qualificar a análise também. (...) O Proaim chegava à base de dados, pegava as meningites, estudava essas meningites. Pegava só as mortes infantis, na região norte da cidade (...), e começava a dar respostas às perguntas que se faziam nos serviços de saúde. E o SUS começa a se estruturar, começa a criar um nível descentralizado, demandando informação. (...) O próprio desenvolvimento do SUS, nesses quinze anos... Ou seja, toda a amarração que teve o sistema de informação com a política... Tudo isso ajudou. Mesmo a questão das mal definidas, no Brasil, está tendo uma melhora nesse sentido (pesquisador e gestor municipal).

O que eu percebo de mudança é que a informação entrou na pauta do gestor e não era. Os gestores municipais estão hoje mais preocupados em garantir estrutura para que o sistema funcione. (...) Então, você hoje tem mais facilidade para a estrutura do que se tinha antes. Por exemplo: a contratação de técnicos. Muitos lugares ampliaram seu quadro técnico, contrataram mais pessoas, fizeram investimento na formação. Muitos estados do Nordeste não estavam cumprindo com as metas. Investiram bastante. Investiram dentro de um quadro significativo (gestor federal).

Também o fortalecimento da Atenção Básica, a partir de meados dos anos 1990, e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) foram mencionados nas entrevistas como estratégias que permitiram melhorias na cobertura e na qualidade da informação do SIM, sobretudo com a introdução de mecanismos de gestão pactuada entre os diferentes níveis de governo (municípios, estados e União).⁸ Alguns entrevistados reconheceram, no entanto, que o potencial da Atenção Básica na melhoria da informação ainda não foi totalmente explorado.

Eu acho que o PSF é uma estratégia de melhoria da informação muito importante. Agora, eu acho ainda pouco aproveitada. (...) Eu acho que ainda há muito espaço para a melhoria da informação com a utilização da atenção básica. Quer dizer, os municípios que têm uma cobertura bem ampla ainda têm uma qualidade da informação a desejar (gestor estadual).

A política recente de investimento na atenção básica teve impacto positivo. Passou para a agenda do gestor. Anteriormente, isso era um problema apenas de quem cuidava da informação. Hoje, o gestor o incorporou como um problema dele também, que ele

⁸ Um marco desse processo foi a implantação da Norma Operacional Básica (NOB) nº 1/96, a partir de 1998. Entre outras medidas, a NOB 96 instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), que modifica os mecanismos de financiamento para a atenção básica. Este passa a ser com base *per capita* e não mais a partir dos procedimentos realizados, tal como era feito tradicionalmente. Além do valor fixo *per capita*, o PAB também conta com uma parte variável, relacionada à implantação de ações e programas tidos como prioritários pelo Ministério da Saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, entre outros. Para maiores informações sobre a NOB 96 e o PAB, ver Levcovitz; Lima; Machado (2001).

tem que estar respondendo dentro das pactuações. Tem que responder por que ele não atingiu aquela meta, o que aconteceu. Ele pode sofrer algum tipo de sanção (gestor federal).

Eu acho que as PPI [programações pactuadas e integradas] foram um avanço para a gente colocar para o gestor o problema da informação. Porque não era um problema dele. Era algo de quinta categoria. Hoje, ele foi alçado à primeira importância. Está na PPI do estado, da vigilância de saúde, está na atenção básica (...). Possibilita que ele se mobilize. Então, acho que foi positivo (gestor federal).

O papel indutor do Ministério da Saúde – seja pelos mecanismos de pactuação com os estados e municípios, seja mediante apoio técnico, seja ainda por intermédio do desenvolvimento de projetos específicos para a melhoria da qualidade da informação e a redução dos sub-registros em determinadas localidades – foi referido em vários depoimentos. É certo que os avanços não se fizeram sentir com igual magnitude em todos os municípios do país. Diferenças em termos de recursos financeiros e de capacitação técnica e mesmo de envolvimento dos gestores municipais com o sistema de informações afetaram o ritmo e o alcance do desenvolvimento do SIM.

Na Paraíba houve um grande investimento neste ano [2006]. O Piauí, hoje, está investindo bastante, contratando gente. Existem estados que eu acho que não vão para frente nunca. Um deles, eu acho que é o Maranhão. Alguns estados não respondem. Outros já se mobilizam e respondem. (...) O município de São Paulo é pioneiro. Criou uma estrutura. Tem também Porto Alegre, sendo que São Paulo começou na década de 90. Todo mundo vai se inspirando um pouco no trabalho de São Paulo. Recife foi até premiado no trabalho dele, no campo de violência. Óbito infantil. (...) Tem um trabalho impressionante de política de informação. E um estado que mais me impressiona é o Mato Grosso do Sul (gestor federal).

Muitas dessas experiências são apresentadas na Expoepi, evento anual organizado pelo Ministério da Saúde para divulgação e troca de experiências de informações em saúde. Merecem destaque as experiências das secretarias estaduais de saúde do Ceará, de Pernambuco e da secretaria de saúde do Distrito Federal, bem como as experiências das secretarias municipais de saúde de Recife (PE), Bento Gonçalves (RS), Governador Valadares (MG) e Rio de Janeiro (RJ).⁹

Um aspecto que pareceu decisivo para a melhoria do sistema, na opinião dos entrevistados, foi o profundo engajamento de profissionais de diferentes formações e formas distintas de vinculação com o SIM. Atuando como verdadeiros “militantes da informação”, esses profissionais contribuíram enormemente para enraizar o sistema no interior da política de saúde em seus diferentes níveis, difundir a importância da informação em saúde para o planejamento, a gestão e a avaliação das ações e criar uma cultura organizacional em defesa da valorização da qualidade da informação.

Ainda que os avanços sejam significativos, é forçoso reconhecer, no entanto, que ainda persistem determinados problemas e dificuldades em algumas localidades do país. Reflexo das desigualdades sociais e regionais existentes no país, problemas como a inexistência de profissionais médicos em determinadas localidades ou em locais de difícil acesso, dificuldades de fixação de profissionais, em especial de codificadores treinados, são recorrentes em certas regiões. Seu enfrentamento é de difícil solução, razão pela qual se exige criatividade e adequação às realidades locais.

⁹ Para maiores informações, consulte os Anais das 3ª, 4ª, e 5ª Expoepi (EXPOEPI, 2004, 2005a, 2005b).

USOS DO SIM E VARIÁVEIS DO SISTEMA

As entrevistas demonstraram uma infinidade de possibilidades de utilização do SIM, tanto em termos de estudos sobre mortalidade no país quanto em relação à própria gestão do SUS em seus diferentes níveis de atuação.

No âmbito do Ministério da Saúde, as informações sobre mortalidade têm sido utilizadas principalmente nas análises sobre mortalidade infantil e materna, além do perfil da mortalidade por grandes causas. No momento atual, existe, no Ministério, a perspectiva de aprofundar as análises sobre mortalidade mediante projetos específicos. Dois projetos foram destacados pelos entrevistados. O primeiro refere-se a um estudo sobre desigualdades em saúde, a partir de causas que envolvem a questão da desigualdade de forma bastante acentuada, tais como tuberculose, hanseníase e homicídios. O outro estudo se propõe a correlacionar diabetes, hemodiálise, complicações, sobrevivência e mortalidade.

Uma questão que merece destaque é a importância desses estudos para a tomada de decisões, por parte dos gestores, de forma a subsidiar o processo de formulação de políticas públicas e avaliar possíveis resultados e impactos dessas políticas.

No âmbito dos estados e municípios, o SIM tem possibilitado o desenvolvimento de análises sobre a mortalidade, na perspectiva de desenvolver ações de vigilância em saúde, em seu sentido amplo, e subsidiar a gestão e a tomada de decisões em saúde. Aqui também os estudos mais frequentes estão relacionados à mortalidade infantil e materna, em que experiências de cruzamento com informações de outros sistemas – como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o sistema de informações do IBGE – têm se mostrado promissoras. Em alguns estados e municípios, outros estudos sobre mortalidade têm sido feitos, muitas vezes com caráter de prioridade de gestão. Destacam-se, nessa direção, análises sobre as mortes presumivelmente evitáveis e a mortalidade precoce, violências, doenças crônicas, entre outras.

As informações sobre mortalidade na perspectiva da territorialização e do geoprocessamento têm sido empregadas recentemente em alguns municípios e colocam desafios ao governo no sentido da construção de indicadores capazes de mensurar realidades locais específicas.

Se alguns estados e municípios conseguem desenvolver análises fecundas em torno da mortalidade, foi observado pelos entrevistados que é preciso oferecer condições para que estados e municípios avancem nas análises de forma que ajudem a prática da vigilância em saúde.

Em todos esses estudos desenvolvidos, uma das dimensões primeiramente analisadas diz respeito à consistência dos dados e à qualidade dos registros. A avaliação geral dos entrevistados foi que a qualidade no preenchimento da DO melhorou muito nos últimos anos.

Foi igualmente perceptível entre os entrevistados uma maior preocupação com as informações socioeconômicas, de forma a aprofundar as análises sobre equidade em saúde, a partir de estudos sobre mortalidade de acordo com diferentes grupos populacionais. Das variáveis sociais presentes no SIM, a que mais tem melhorado a qualidade do preenchimento, na percepção de alguns entrevistados, é variável raça/cor. Tal melhoria pode estar associada à visibilidade que tem suscitado o debate em torno de políticas públicas voltadas à população negra nos anos recentes em nosso país.

A variável ocupação ainda apresenta problemas de não preenchimento. Alguns entrevistados abordaram a necessidade de atualização da tabela de ocupação que serve de base ao SIM. Outros enfatizaram a ausência de padronização dessa variável, o que contribui para a existência de diferentes interpretações acerca de uma mesma ocupação. Também a variável relativa aos anos de estudo apresenta problemas de não preenchimento.

A introdução de campos na DO que favoreçam a investigação dos óbitos maternos foi considerada um avanço pelos entrevistados. No entanto, tais informações ainda têm um elevado percentual de não preenchimento.

Problemas na qualidade da informação têm impacto direto nos cálculos da mortalidade, principalmente materna e infantil. Em oito dos vinte sete estados brasileiros onde a cobertura e a qualidade das informações sobre mortalidade e nascidos vivos são boas, já é possível fazer o cálculo da mortalidade infantil pelo método direto, levando-se em consideração o SIM e o Sinasc.¹⁰ Para os entrevistados, este é um avanço significativo nos sistemas de informação do país, uma vez que o cálculo da mortalidade infantil por estimativas não considera os processos recentes de mudanças demográficas e os avanços do setor Saúde e, portanto, tende a superestimar as taxas de mortalidade infantil. Existe uma demanda crescente por parte dos gestores municipais e estaduais para que lhes sejam dadas as condições necessárias para o emprego do mesmo procedimento em suas localidades. Os entrevistados concordaram que a extensão do cálculo direto da mortalidade infantil depende fundamentalmente da melhoria na cobertura e na qualidade de preenchimento da DO, avaliando que essa é uma possibilidade a médio prazo e requer um investimento maciço na melhoria das informações de mortalidade.

Eu acho que nós estamos (...), que nós precisamos parar com essa mania de dizer que no Brasil não existem dados. No Brasil existem muitos dados. E a maioria dessas informações é de qualidade igual à qualidade das informações dos outros países, em que é clássico o uso de dados estatísticos, como, por exemplo, na Inglaterra (pesquisador e gestor federal).

DIVULGAÇÃO DOS DADOS DE MORTALIDADE

Os entrevistados foram unânimes ao mencionar que a introdução do TabWin e do TabNet permitiu um avanço sem precedentes na disponibilização das informações sobre mortalidade no país.¹¹ O acesso ao banco de dados pela *internet* e a possibilidade de o próprio usuário fazer as tabulações que julgar necessárias, sem a necessidade de grandes recursos tecnológicos, foram os maiores ganhos que a introdução desses *softwares* permitiu. Além da democratização de informações, esses aplicativos permitiram avanços na retroalimentação do sistema.

Alguns entrevistados apontaram as dificuldades que determinados estados e municípios ainda apresentam, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país, no acesso às informações, as quais estariam relacionadas à falta de infra-estrutura de informática para operar o sistema.

Há relatos de experiências virtuosas de divulgação das informações produzidas no nível local em muitos estados e municípios. As experiências, em geral, comungam da perspectiva de que a informação em saúde deva ser de qualidade e estar acessível ao maior número de pessoas, no menor tempo possível. Assim, em algumas localidades, as informações ainda sujeitas a revisões já ficam disponíveis e são divulgados boletins periódicos com as informações produzidas.¹² Vale aqui destacar que, ao gerirem os sistemas de informação, estados e municípios não precisam aguardar a disponibilidade das informações pelo Ministério da Saúde, exceto para a realização de análises comparativas ou para a revisão de informações sobre óbitos ocorridos em outras localidades.

¹⁰ O método direto de cálculo da mortalidade infantil consiste na utilização das informações sobre óbitos constantes no SIM e dos dados de nascidos vivos do Sinasc, dispensando, desse modo, o uso de estimativas. Seu sucesso, no entanto, depende diretamente da alta cobertura e da qualidade dos dados desses sistemas de informação.

¹¹ O Ministério da Saúde, por intermédio do DATASUS, desenvolveu um *software* pelo qual os dados do SIM (e de outros sistemas de informação em saúde) podem ser tabulados em formatos compactados que não exigem grandes recursos tecnológicos por parte dos usuários. O TabWin é considerado, de forma unânime, um grande salto qualitativo no que se refere ao acesso às informações de saúde nos anos 1980. Desde os anos 1990, as bases de dados passaram a ser acessadas via *www*, usando-se um tabulador – TabNet – para gerar informações e mapas que podem ser acessados pelo usuário de qualquer lugar, pela *internet*.

¹² Uma experiência bem-sucedida é a do município de São Paulo, com o Proaim. Para mais informações, consulte: SÃO PAULO (cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade. *Coletânea de textos dos boletins*. São Paulo: PMSP, 2003.

Também no âmbito do Ministério da Saúde existe a preocupação com a divulgação das informações de forma ágil e oportuna. Além dos *softwares* mencionados, do CD e da página do DATASUS, o Ministério tem investido na publicação de coletâneas e boletins de divulgação das informações em saúde.

Uma questão que apareceu em uma entrevista está relacionada à dificuldade de identificação das fontes de informação em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, o que dificulta o acesso às informações produzidas, como pode ser observado no depoimento de um gestor estadual, a seguir.

Não existe no Brasil um padrão de divulgação estabelecido. Eles fazem a divulgação, mas o padrão não é obedecido por ninguém. Então, fica difícil. Algumas coisas eu mandava buscar no DATASUS. Outras, eu mandava buscar no Ministério. Pegar aqui. Porque nunca havia... Nunca se sabia exatamente o que estava, onde estava e como estava.

PONTOS FORTES E FRACOS DO SIM

É possível afirmar que as opiniões dos entrevistados a respeito do SIM foram, em geral, muito positivas. Entre os pontos fortes do sistema, mereceram destaque os seguintes:

- o aumento da cobertura;
- a melhoria da qualidade da informação;
- a visibilidade do sistema como canal importante de produção de informações em saúde;
- os avanços da tecnologia de informática, permitindo maior agilidade no processamento dos dados e na disponibilização da informação, além de um controle mais rigoroso da consistência de dados, por intermédio dos programas de críticas;
- intercâmbio entre profissionais dos diferentes níveis de gestão do sistema de saúde (União, estados e municípios) e seu envolvimento com o sistema;
- sua característica universal;
- a riqueza das informações produzidas pelo sistema;
- a descentralização do sistema e a responsabilização do gestor local.

Entre os pontos negativos, foram mencionados os seguintes.

- A qualidade ruim da declaração da causa da morte preenchida pelos médicos.
- A escassez de recursos nos estados e municípios para o desenvolvimento do sistema.
- A falta de qualificação e capacitação permanentes de profissionais para operar o sistema.

RECOMENDAÇÕES DOS ENTREVISTADOS

Considerando-se que a cobertura do sistema e a qualidade das informações são as duas principais questões que desafiam a consolidação e o desenvolvimento do SIM, várias foram as estratégias sugeridas pelos entrevistados para a melhoria do sistema, algumas das quais inspiradas em experiências que vêm sendo desenvolvidas em municípios, estados ou mesmo em âmbito nacional.

Em primeiro lugar, cabe destacar a recomendação relativa à necessidade de aprofundar o processo de capacitação dos profissionais envolvidos com o sistema, desde o médico responsável pelo preenchimento da DO, passando pelos codificadores, até chegar ao nível da gestão. A capacitação

deve incluir tanto a formação de graduação dos médicos quanto um processo permanente, voltado para os profissionais inseridos nos serviços de saúde.

Outra estratégia sugerida está relacionada à sensibilização e ao envolvimento de profissionais, gestores, serviços, conselheiros de saúde, cartórios, conselhos regionais e do Conselho Federal de Medicina, enfim, de todos os envolvidos no sistema. A criação de núcleos de epidemiologia em unidades hospitalares tem produzido impacto na melhoria da qualidade da informação.

Juntamente com a capacitação e a sensibilização dos profissionais para operação do SIM, os entrevistados consideraram imprescindível dotar os estados e, sobretudo, os municípios das condições necessárias (materiais, técnicas e tecnológicas) para gerir os sistemas de informação, e não somente para coletar os dados. Trata-se, em verdade, de fazer valer a perspectiva de gestão compartilhada do sistema, o que implica a criação de estruturas e mecanismos de incentivo para que os próprios municípios possam produzir as informações necessárias à tomada de decisões imprescindíveis à gestão local dos serviços de saúde.

Também foi recomendada a criação de serviços de verificação de óbitos em todo o país, que, com protocolos e normas legalmente instituídas, abre a possibilidade de induzir melhorias no percentual de óbitos mal definidos.

Um aspecto que merece ser realçado diz respeito às dificuldades que o país enfrenta – com a dimensão continental que possui, com o número de entes federativos (26 estados, o Distrito Federal e mais de 5.500 municípios) e com as intensas desigualdades sociais – para operar um sistema com o grau de abrangência do SIM. O principal desafio é como estabelecer um sistema que seja nacional, sem reforçar as desigualdades já existentes, e ao mesmo tempo que seja capaz de permitir os avanços que se fazem presentes em experiências locais.

Sem dúvida nenhuma, a responsabilização dos gestores, em todos os níveis, é de vital importância para o avanço do sistema, e a construção de processos de pactuação tem se revelado promissora em termos da melhoria da informação em saúde.

Uma perspectiva que vem despontando nos anos recentes é articular a informação em saúde como prioridade da própria política setorial, demonstrando sua importância para conhecer as necessidades de saúde e para subsidiar o processo de formulação, implementação, gestão e avaliação de intervenções públicas no campo sanitário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 1.929, de 9 de outubro de 2003. Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM, ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc e ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 out. 2003b.

EXPOEPI, 3., 2003, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

EXPOEPI, 4., 2004, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

EXPOEPI, 5., 2005, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 133 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 6, n. 2, 2001.

MELLO-JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. O sistema de informações sobre mortalidade no Brasil: concepção, implantação e avaliação. In: LIMA, C. R. A. et al. (Org.). *A experiência brasileira em sistema de informações em saúde: relatório final*. Rio de Janeiro, 2006. Texto digitado.

MOTA, Eduardo Luiz Andrade; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 513-529.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade. *Coletânea de textos dos boletins*. São Paulo: PMSP, 2003.

VIACAVA, F. Sistemas de informação e avaliação do desempenho do sistema de saúde no Brasil. 2005. Trabalho apresentado na 1^{ère} Conférence Luso-Francophone de la Santé / COLUFRAS, Montreal, 2005. Texto digitado.

DATASUS e Conselhos de Saúde: diálogos entre os Sistemas de Informação em Saúde e o Controle Social

Willer Baumgarten Marcondes

INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação em saúde constituem experiências exitosas, pois que atestam a capacidade nacional de responder com inovações aos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Um fato a ser de pronto considerado é que a consecução de acertos e de melhores práticas por parte desses sistemas está intimamente relacionada com decisões políticas que enfrentaram a transitoriedade dos cargos e potencializaram os recursos tecnológicos e financeiros. Neste contexto, entre os importantes aspectos responsáveis pelos êxitos no andamento dos sistemas de informação estão os “quadros”, isto é, os atores tanto institucionais como os da sociedade civil que, com seu compromisso e envolvimento, emprestam aos sistemas de informação suas inteligências e suas biografias.

Além dos sistemas de informação, o SUS também conta, desde os anos 90, com a importante experiência dos conselhos de saúde, que são, em linhas gerais, instâncias de participação social colegiadas e deliberativas para a fiscalização e a formulação de políticas de saúde. O pressuposto adotado neste capítulo, então, é o de que a abordagem dos sistemas de informação em saúde em relação ao controle social exercido nos conselhos de saúde possibilita que melhor se compreenda alguns aspectos ainda pouco estudados da dinâmica entre informação e participação em saúde, na qual uma “cultura da informação” e uma “cultura de controle social” se alimentam e se influenciam mutuamente.

Assim, este capítulo é dedicado ao caso do DATASUS e aos conselhos de saúde. Para sua consecução foram contempladas as falas de um total de sete entrevistados: dois gestores federais do DATASUS e cinco conselheiros de saúde. Os conselheiros consultados apresentam características distintas, pois que são dois conselheiros municipais, um conselheiro que acumula a presidência do conselho com o cargo de secretário municipal de saúde e dois conselheiros nacionais.

Nas páginas que seguem são abordados os tópicos que, segundo a consulta, constituem tanto os principais problemas como as alternativas para sua superação nestes dois níveis dos sistemas de informação. Ou seja, o nível que toma como referência o DATASUS, localizado no centro dos sistemas de informação, e o outro, mais local, o nível dos conselheiros de saúde, situado nas pontas do controle social. A expectativa é que ambos os níveis possam se beneficiar dos aspectos apontados pela consulta, uma vez que, com um melhor conhecimento mútuo acerca da arquitetura e da pauta de seus contextos específicos, melhor poderão atuar conjuntamente.

O CONTEXTO DO DATASUS

O DATASUS é o Departamento de Informação e Informática do SUS e tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde em âmbito nacional. É um órgão de grande importância da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, pois as informações são essenciais para a descentralização e o aprimoramento da gestão, bem como para o fortalecimento do controle social da saúde.

O DATASUS possui um *site* gratuito para consulta pública,¹ pelo qual disponibiliza informações, *links* e referências estratégicas para a saúde. Em seu endereço eletrônico, o DATASUS apresenta sua missão nos seguintes termos:

*Prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde. Através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos.*²

Entre suas principais linhas de ação estão a manutenção das bases nacionais dos sistemas de informação em saúde e a sua disseminação para a gestão, o controle social do SUS e as pesquisas em saúde. Também são destacadas suas ações no desenvolvimento, na seleção e na disseminação de sistemas de informação e tecnologias de informática adequadas ao contexto nacional, oferecendo suporte técnico para a informatização dos sistemas de interesse do SUS, em todos os níveis, apoiando a capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde para a incorporação dos sistemas de informação.

A trajetória do DATASUS é adstrita aos desdobramentos da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) e às crescentes necessidades de organização do SUS. Dois importantes momentos marcam sua identidade: o primeiro coincide com a própria criação, em 1991, de uma diretoria de informática do SUS na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), cuja atividade principal consistia no processamento da Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Ambas as iniciativas, Funasa e DATASUS, foram instituídas pelo mesmo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, como ilustram Castro, Silva e Vicentin (2005). O segundo momento é o de sua passagem, em 1998, para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, em consonância com o redesenho da estrutura e da missão do Ministério, que teve como um de seus objetivos conferir maior relevância à informação em saúde para a gestão e a formulação de políticas (BRASIL, 2002).

O percurso de mudança do DATASUS do sistema previdenciário para o sistema de saúde marcou uma transição de foco em suas atribuições e, ao mesmo tempo, alimentou imprecisões no modo como se compreende essas atribuições. Os entrevistados se referiram a uma confusão que se prolonga até o presente, em virtude da qual muitos tendem a definir o DATASUS como um departamento ou uma empresa de informática do Ministério da Saúde, e não como um órgão de informações para o SUS. Outro ponto de imprecisões é ainda anterior e diz respeito à saída do DATASUS do âmbito da Funasa. Desse momento também persistem dúvidas sobre as atribuições e as vinculações específicas do DATASUS.

Contudo, como argumentou um dos gestores federais entrevistados, a passagem para a Secretaria-Executiva propiciou ao DATASUS melhores condições institucionais para empreender ações amplas de organização e normatização de informações para o SUS em pleno contexto de descentralização. Na fala do referido gestor:

A locação dentro da Fundação Nacional de Saúde foi uma saída em função da conjuntura. A passagem para a Secretaria-Executiva do Ministério de Saúde deu uma melhor posição institucional para exercer uma missão, principalmente de normatização e de organização do sistema de informação em saúde. Na Fundação Nacional de Saúde havia duas discussões: uma se nós éramos um órgão da Fundação ou do SUS, e isso nunca foi muito bem resolvido. A outra discussão, que durou vários anos, era sobre a transferência das suas atividades para estados e municípios, com a municipalização.

¹ <www.datasus.gov.br>.

² <www.datasus.gov.br>.

Uma definição mais clara das atribuições do DATASUS constitui importante passo para o melhor desenvolvimento de suas atividades. Tal necessidade ficou evidenciada na consulta quando, por um lado, os entrevistados questionaram a existência de expectativas simultâneas que são consideradas indevidas, porque não se coadunam com os objetivos prioritários do órgão; e, por outro, quando os entrevistados explicitaram a demanda de um “papel estratégico” para o DATASUS, dimensões abordadas mais adiante neste texto.

No tocante à construção de uma crescente organicidade do DATASUS com o SUS – a qual, vale sublinhar, não estava dada, tampouco garantida por sua mudança para a Secretaria-Executiva –, cabe ressaltar a relevância da articulação entre a descentralização e a constituição de uma política de disseminação de informações. Importante destacar a convergência entre os entrevistados e a publicação DATASUS: trajetória 1991–2002 (BRASIL, 2002), acerca tanto deste como de outros aspectos que puderam ser aprofundados e enriquecidos pela argumentação mais livre facilitada pela interação em situação de entrevista. São precisamente os conteúdos dessas entrevistas que constituem o objeto das seções a seguir.

A QUESTÃO POLÍTICA DA DISSEMINAÇÃO

O equacionamento de uma política de disseminação de informações com a concepção da disseminação como questão política teve como lastro os antecedentes históricos da reforma sanitária e o processo de redemocratização do país, que lançaram suas raízes na Constituição de 1988 e permearam a formulação de um projeto nacional para a saúde. Coube, portanto, considerar aspectos políticos centrais, tais como: para que e a quem se destinam as informações em saúde? Naquele contexto, a disseminação de informações foi, para o DATASUS, uma de suas principais questões, a qual não se esgotou no falacioso binarismo que contrapõe a dimensão política à técnica. Pelo contrário, tais dimensões estiveram radicalmente integradas, com uma potencializando a outra, apesar de mantidas suas especificidades.

A precariedade dos recursos técnicos, quando da criação do DATASUS, implicou severas limitações à disseminação, por mais que se considerasse que as informações deveriam ser públicas, como forma de solucionar o problema de concentração de poder que resulta do acesso restrito à informação. Sobre esse período de recursos tecnológicos insuficientes e de grandes esforços em prol da disseminação ampliada de informações, um dos gestores federais manifestou-se nos seguintes termos:

Na época, inclusive, a microinformática era pouco disseminada ou conhecida. Praticamente não existiam mídias com maiores capacidades de recursos. A internet, então, nem pensar. Comunicações eram coisas muito fechadas, mas, mesmo assim, a gente começou a trabalhar nisso. Vários instrumentos, a questão da disseminação, por disquete ou pela rede nacional de pacotes, que era uma alternativa. A internet só começou a aparecer em 95, e fomos pioneiros nisso. Antes disso, se usava BBS, que também era outra alternativa. Foram-se criando várias alternativas, inclusive várias coisas aconteceram para a gente no momento exato. Por exemplo, quando começou a se disseminar o cd-rom, existiam já as bases preparadas para distribuição. A BBS também. Quando começou a não se agüentar mais, veio a internet, que aí deu um salto imenso.

Interessante destacar que, como a perspectiva era a da importância política da disseminação de informações, os esforços técnicos caminharam juntos na criação dos recursos que melhor a viabilizassem. Da mesma forma, podemos considerar que a perspectiva política com que se abordou a importância da disseminação favoreceu a formulação de marcos legais para uma política de disseminação. A tal respeito, é muito ilustrativo o depoimento a seguir, emitido por um dos gestores federais

entrevistados ao se referir à época do Dataprev e do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Naquela época tinha-se só um processamento da AIH, e poucas instituições conseguiam acesso aos dados. E só o Inamps poderia autorizar o uso e a disseminação dessas informações. Essa visão só mudou com a chegada de Gilson Carvalho, de Ribeirão Preto, à Secretaria de Assistência à Saúde. Nós acertamos com ele uma portaria, que o Ministro assinou, que mudou o processo. Eu entendia que a informação não era do Inamps, mas do SUS, da sociedade. Ele inverteu o processo. Em vez de nós precisarmos de uma autorização do Inamps para distribuir a informação, passamos a ter a obrigação de distribuir essa informação para os gestores do SUS, para os conselhos de saúde, para a sociedade e mais, para dar assistência técnica a esses usuários, para que eles pudessem compreender a informação e utilizá-la na gestão do SUS. Naquele momento já era 1991 ou 1992. Assim, naquela época, o DATASUS passou a ser responsável não só por coletar, mas também por disseminar as informações. A Lei nº 8.080 [Lei Orgânica da Saúde] só diz que os gestores estaduais e municipais têm acesso às informações do DATASUS, mas não diz como. A nova portaria inverte essa lógica. Essencialmente, é uma mudança de cultura na qual você não é mais o dono da informação, porque a informação era da direção do Inamps, depois da Secretaria de Assistência à Saúde. Num momento de clareza, a gente conseguiu dar essa revertida.

Tal aspecto foi corroborado na entrevista com o outro gestor federal, que no entanto destacou que a disseminação enfrenta, permanentemente, movimentos de refluxo, os quais restringem a divulgação e colocam dados públicos a serviço de interesses particulares. Da pontuação desses momentos de refluxo é possível depreender que os marcos legais (como a mencionada portaria) existem e são importantes, porém a sua efetivação para a vida social demanda acompanhamento atento e defesa de sua implementação e cumprimento. Conforme se manifestou o entrevistado:

Voltando um pouco no tempo, uma das grandes dificuldades da disseminação por um tempo foi conseguir convencer o então Inamps que os dados eram públicos, porque a pessoa senta em cima: “o dado é meu”, é uma questão de poder. Aí, numa época, se conseguiu que o Ministro da época assinasse uma portaria dizendo que [os dados] são públicos. A partir daí se pôde trabalhar a disseminação. E isso volta e meia retorna, o pessoal querendo segurar os dados, e há lugares onde efetivamente ainda seguram os dados.

Entre os obstáculos enfrentados pelos que se empenham na eficiência do processo de disseminação de informações está a eventual apropriação das informações numa relação de reciprocidade, segundo a qual as informações são tratadas como “moedas de troca”, sendo, portanto, intercambiadas por favores pessoais ou políticos. As práticas de deter e dispor de informações são formas de concentrar poder e obter vantagens pessoais, como argumentou, em entrevista, um dos gestores federais:

E existe uma falsa política de disseminação na qual os “amiguinhos” recebem os dados. Vira uma moeda de troca. “Eu lhe dou os dados, você me dá alguma coisa”. “Veja como eu sou bonzinho. Eu te dou os dados, então escreve alguma coisa sobre mim”. Isso não é só na saúde. A saúde é diferente de outras áreas por causa da complementaridade, mas isso acontece em geral. É informação como parte do poder. Sempre vai haver o conflito. Sempre vai haver gente que fica brigando.

Vale ressaltar que tal processo de apropriação particular de dados públicos não se restringe ao setor Saúde e, igualmente, pode se reproduzir nas relações entre estados e municípios, bem como entre municípios e conselhos. Contudo, como forma de enfrentar esse problema, podemos considerar que, na medida em que se aumenta a divulgação das informações, maiores ficam a demanda e o acompanhamento da disseminação, o que favorece a sua defesa. De fato, a ampla disseminação de-

semprenha um papel fundamental tanto na constituição do DATASUS, e de sua perspectiva política para a informação, como no processo de descentralização do SUS.

A DESCENTRALIZAÇÃO POTENCIALIZADA PELA DISSEMINAÇÃO

Em suas considerações, os entrevistados diagnosticaram que a disseminação de informações fortaleceu e potencializou os esforços de descentralização do SUS, a partir de alianças com gestores locais, do desenvolvimento de recursos humanos e tecnológicos para coleta, produção e análise de dados e, principalmente, do uso das informações no cotidiano da gestão. Tal visão pode ser exemplificada pela fala de um dos gestores federais:

Esse movimento “casou” com a descentralização do SUS e nos permitiu adotar uma tecnologia (...) [que permitia que] estados e municípios pudessem realizar análise de dados. Aproveitamos a revolução da mídia, da informática e, em função dessa nova diretriz, começamos a desenvolver tecnologia para permitir que os técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde e da academia também pudessem receber os dados e analisá-los.

Além do exposto, o fortalecimento de uma cultura local que favorece a utilização de informações no cotidiano da gestão reverte dados de melhor qualidade para o próprio DATASUS. Ao mesmo tempo, tal fortalecimento propicia a criação de acervos de alternativas e inovações que, nos âmbitos locais, significam o desenvolvimento de sistemas e rotinas com independência, adequação aos contextos e originalidade, por vezes superando os próprios sistemas propostos pela esfera federal. Um sinal desse movimento pode ser observado no aumento da cobertura dos dados, o que foi salientado pelo outro gestor federal nos seguintes termos:

Ou seja, no momento que descentralizou, a cobertura aumentou, a captação de dados chegou mais perto de onde estava ocorrendo e, quando começou a descentralizar para os municípios, aumentou muito mais essa cobertura.

Por sua vez, a descentralização, potencializada pela política de disseminação de informações, não repercute apenas na melhoria da cobertura dos dados, mas, também, conforme mencionado anteriormente, no próprio cotidiano da gestão, perspectiva ratificada por um dos gestores entrevistados.

Eu acho que a administração do SUS, como se faz hoje, seria inviável sem as informações que estão disponíveis. Hoje a gente administra com muito mais informação do que fazia há quinze anos atrás. E isso, aos poucos, vem entrando no dia-a-dia do profissional de saúde de todos os níveis. E a descentralização foi viabilizada pela reestruturação desse sistema de informação. A gente descentralizou e não perdeu as informações.

Retornar à gestão e aos serviços consiste, de fato, num ponto fundamental para a disseminação, até como elemento de sustentabilidade e qualidade dos dados locais, com implicação dos principais atores envolvidos na ponta dos sistemas de informação. A este respeito manifestou-se um dos gestores entrevistados:

É um problema de disseminação que nem sempre chega a quem devia. O maior problema da disseminação é o dado chegar a quem o gerou, o retorno. Por que é que o médico está preenchendo aquela papelada toda se ele não sabe se isso vai servir para alguma coisa?

Contudo, a descentralização lança desafios à padronização e à compatibilidade dos dados, além de colocar o DATASUS na tensão de ser uma instância central – um ator com papel estratégico nacional, privilegiado para o campo dos sistemas de informação – sem, entretanto, atuar de modo centralizador. Duas questões, então, emergem: a primeira é que não basta produzir informações se

elas não são disseminadas, compreendidas e aplicadas ao cotidiano dos vários níveis da gestão. A segunda questão é que também se torna problemático o desenvolvimento de sistemas sem suficiente compatibilidade entre si.

PADRONIZAÇÃO, COMPATIBILIDADE E PAPEL ESTRATÉGICO DO DATASUS

A principal tendência evidenciada pelos entrevistados acerca dessa questão é a de que a implantação de um único sistema para as informações representaria um retrocesso. Uma das desvantagens desse suposto sistema, geral e abrangente, pretensamente suficiente para cobrir todo o país, é a de anular uma das maiores riquezas do campo nacional de informações, a saber, a variedade de soluções locais específicas e contextualizadas. Tal variedade aumenta a cobertura e colabora com a melhoria da qualidade dos dados. A discussão reside na qualificação do que se pode entender por “padronização” e “compatibilidade” num contexto tão diversificado como oferece o Brasil. Por outro lado, não se deve perder de vista o problema de que a multiplicidade de sistemas com baixa integração reduz, no sistema como um todo, a sua operabilidade, ou seja, a capacidade de diferentes sistemas se comunicarem e compartilharem dados, sem que estejam ligados entre si.

A este respeito, as entrevistas com os gestores federais indicaram que o problema da compatibilidade não exigiria a unificação dos programas nem das operações. O ponto central seria o padrão de codificação e de transferência dos dados, o que, de fato, resguardaria a comunicação. Nas falas desses dois entrevistados:

A questão da padronização é a das interfaces, não da operação. Por exemplo, o Sistema de Informações sobre Mortalidade não precisa ser o mesmo programa rodando em todos os locais, guardadas suas particularidades. A cidade de São Paulo tem que desenvolver um sistema paralelo, porque eles operam de uma maneira diferente, mas eles têm que entrar no site duas vezes, uma conforme o padrão, que aí, no caso, não é nem da União, é no caso do estado, e um conforme eles querem. O importante é que a interface do sistema que opera lá e a interface que o estado tem que receber, que o Ministério tem que receber, sejam a mesma, sejam bem definidas. A operação, não. Pode oferecer uma operação, mas se os estados e municípios não quiserem, pode fazer outra, com mais recursos ou menos recursos.

Se a gente se concentrasse mais na normatização e no estabelecimento de padrões, não haveria restrição para que os próprios órgãos pudessem desenvolver seus sistemas departamentais. A gente teria até mais sucesso, na medida em que você colocaria o desenvolvimento mais próximo do usuário. É preciso entender que o DATASUS é um Departamento de Informação e Informática, com um foco de organização do sistema de informação em saúde. Essa polêmica, hoje, é objeto de discussão no Ministério de Saúde.

Tal panorama permite inferir que existe a concepção de um papel estratégico para o DATASUS entre os profissionais consultados, o que é igualmente corroborado pelas entrevistas realizadas entre os conselheiros de saúde. A principal atribuição do citado “papel estratégico” é a de conjugar a tensão constitutiva do próprio DATASUS – a de ser um órgão central num contexto de descentralização – numa direção que aponte para a superação da tensão. Assim, em vez de desempenhar uma função centralizadora e de padronização generalizante e controladora, pode-se compreender o DATASUS como uma instância privilegiada, no sentido de deter a potencial capacidade de organização e integração dos sistemas de informação, isto é, no sentido de ser uma instância facilitadora com legitimidade e poder de decisão e ação. Tendo em vista o referido papel estratégico a desempenhar, a localização do DATASUS na Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde foi considerada adequada por um dos gestores, que se manifestou nos seguintes termos:

Para mim, a razão de o DATASUS estar na Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde de se sustenta no fato de você poder fazer um processo de organização e integração dos sistemas de informação. Para isso, você precisa estar numa posição central, com legitimidade institucional para fazer isso. Mas essa idéia de prestação de serviço traz uma lógica de que o DATASUS tem que implementar, por exemplo, um programa de hipertensão e diabetes. Então, o DATASUS encomenda e implementa o sistema.

Entretanto, o outro gestor federal manifestou discordância em relação à adequação da localização do DATASUS. Sua ponderação foi a de que, uma vez institucionalmente vinculado ao Ministério da Saúde, o DATASUS fica sujeito às imposições do poder federal, que implementa determinadas regras de funcionamento, o que contraria o princípio da negociação e da pactuação com os demais níveis da gestão. Para tal gestor, a localização institucional mais adequada para que o DATASUS desenvolva seu papel estratégico na organização e na integração dos sistemas de informação seria num órgão independente, como uma fundação, um instituto ou uma autarquia. De todo modo, a questão neste importante debate converge para a salvaguarda da autonomia do DATASUS em sua capacidade de apoiar processos de trabalho, no sentido mais de organizar o sistema do que de executar tarefas.

Na perspectiva expressa por um dos gestores federais entrevistados, emergiu como medida importante isentar o DATASUS de atribuições que não lhe cabem. Nas palavras deste entrevistado:

Se vende que o sistema de informação seria a solução para uma série de outras coisas que não é. Nenhum sistema de informação sobre assistência hospitalar vai resolver o problema que é do médico ou de médico que não está lá, quando deveria estar, ou de material que deveria ser comprado [e não foi].

Expectativas inadequadas sobre o DATASUS acabam por gerar sobrecargas nas rotinas, que passam a operar com o ambicioso planejamento de lidar com muitos dados cuja coleta não é sustentável nos serviços e, também, com problemas de avaliação de suas atividades.

Outras questões relativas ao DATASUS foram apontadas nas entrevistas como percalços inerentes a um sistema que, estando em expansão e propondo-se como fonte aberta de informações ao público em geral, faz parte de um contexto nacional no qual a saúde pública ainda tem muitos desafios a superar.

DATASUS: AS PRINCIPAIS DIFICULDADES APONTADAS

Os dados e sua qualidade foram temas recorrentes nas entrevistas sobre o DATASUS. De saída, foi destacado o problema da preservação da privacidade, questão que estabelece limites aos interesses, em geral originados na academia, pela crescente inclusão de novas variáveis sociais, o que oferece o risco de identificar direta ou indiretamente as pessoas atendidas pelo SUS. A esta preocupação, fundamental para assegurar direitos sociais, se junta a de não sobrecarregar instrumentos e procedimentos de coleta de dados. Sobre tal contexto, um dos gestores federais manifestou-se da seguinte forma:

Falar de privacidade também é uma questão fundamental. Estamos sofrendo um volume enorme de solicitações de informações identificadas e temos que disciplinar isso. Tradicionalmente, a gente pega os microdados, tira a identificação do paciente, tira o nome, o endereço e distribui [a informação]. Então, se você quiser concentrar [os dados], você consegue juntá-los por área geográfica, etc. Nós temos sofrido muitas demandas de várias áreas – normalmente ligadas à academia, que são pesquisas de Governo – querendo uma informação identificada, de todas as AIHs, com nome e endereço. A gente pergunta para que eles querem isso, e eles respondem que é uma pesquisa já aprovada pelo conselho de ética da instituição deles. Essa é uma coisa que, nesse momento, a gente não está distribuindo nada. Isso tem que ser legisla-

do. Já veio gente de fora e entrou no computador do DATASUS para ver os dados. Se impedimos, dizem que estamos burocratizando, que nós temos os dados mas, como eles são gestores de tal lugar, eles querem os dados. Na realidade, o que a gente está violando é o direito de privacidade do paciente.

Como indicaram os entrevistados, a demanda pela inclusão de novos dados com detalhados indicadores demográficos e socioeconômicos, além de comprometer a privacidade dos usuários do SUS, acarreta problemas aos sistemas de informação e à coleta no âmbito local. Todavia, tal demanda não vem apenas ao encontro dos interesses dos usuários da academia, a fim de subsidiar suas pesquisas, mas, também, atenderia ao próprio nível central, como destaca, em especial, a seguinte fala de um dos gestores federais:

Nunca vejo ninguém de nível central abrindo mão de informação, mesmo que não possa utilizá-la. E a pressão continua existindo sempre para coletar novos dados. E novos dados são coletados e, em princípio, seriam importantes. Um exemplo: a discussão sobre profissão ou atividade econômica. Há uma classificação de quatro dígitos. E qual é a competência do profissional, que registra uma internação, que registra um óbito, para classificar o campo de ocupação? Quem é que sabe registrar isso a quatro dígitos? Na verdade, o médico tem um corpo de texto, no qual escreve o nome da profissão. Existe um codificador para colocar quatro dígitos, para classificar a profissão. Para isso, eu preciso de um entrevistador treinado, que interaja com o informante, até classificar exatamente qual é a profissão. Nesse processo, esse tipo de informação nunca terá uma qualidade boa. Entretanto, você nunca vai ter espaço para reduzir isso. Normalmente, quatro é pouco, a gente precisa de seis, mas a gente não está conseguindo.

Tal questão se articula diretamente com a da confiabilidade na qualidade dos dados, principalmente quando estes são coletados nas pontas dos sistemas de informação. O principal ponto consiste nas limitações em termos de disponibilidade e de capacitação de quem preenche os formulários e realiza a entrada dos dados. Como foi mencionado anteriormente, no item a respeito da disseminação, realizar o retorno dos dados a quem os produz e, com isso, renovar a implicação dos atores com o sistema consiste numa estratégia fundamental para enfrentar os problemas de subnotificações e preenchimentos inadequados. Além disso, a extensão e a complexidade dos instrumentos agregam dificuldades à coleta em nível local, como observou um gestor:

Pois é, mas aí é a mesma coisa que está se exigindo, que seja feito, e que a pessoa não vai ter retorno nenhum. Não adianta começar a pedir coisas demais, você não vai ter essa informação, você vai perder informação. Você chega até lá com um formulário desse "tamanho", complicadíssimo de se preencher, como alguns formulários que têm umas planilhas desse tamanho, coitadas das pessoas lá em "Deus me livre", no fim do mundo, têm que preencher, é quase impossível.

O principal exemplo para este ponto refere-se aos dados sobre mortalidade e à expressiva quantidade de óbitos por causa mal definida.³ A esse respeito, um dos gestores ponderou que a aludida precariedade de tais dados não espelha problemas inerentes ao sistema de informação, mas sim problemas na atenção à saúde com qualidade e com relação aos direitos sociais. De acordo com sua fala em entrevista:

³ Em geral, óbito por causa mal definida é aquele cujo registro de preenchimento, devido ao emprego de expressões ou termos imprecisos na declaração das causas da morte, não possibilita sua codificação específica segundo os parâmetros estabelecidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10).

O que estou dizendo não é uma questão da qualidade dos dados. É uma questão da qualidade da gestão da saúde. Por exemplo, sistema de mortalidade. Informação sobre causa de óbito. Nós temos em média 25% de óbitos mal definidos – mais ou menos isso. Isso é um erro do sistema? Não é um erro do sistema. Isso vem da ponta. O cidadão é que não é atendido. As pessoas não têm assistência. Se o Maranhão tem 50% dos óbitos mal definidos, a assistência de saúde do Maranhão é ruim. Isso é um indicador da má qualidade da assistência, não é um indicador de que o sistema é ruim. Não adianta forçar a barra e dizer que o sistema de informações é ruim. A qualidade dos dados é ruim quando a fonte tem problema. O médico tem 15 minutos para fazer uma consulta. Ele vai perder 10 minutos preenchendo formulário ou digitando no computador? Ele não está ali para preencher formulário. Ele está ali para atender paciente. O médico ganha R\$ 2,50 por 15 minutos de atendimento. Ele vai perder tempo preenchendo formulário? Agora, isso não é um problema do sistema de informação, isso é um problema da assistência de saúde, é um problema até de cidadania também.

Ao mesmo tempo, foram apontados problemas na qualidade dos dados gerados que, segundo a visão do outro gestor, são devidos a um excesso de crítica. Conforme explicitou o entrevistado:

Você coloca, por exemplo, uma crítica cruzada de procedimento com diagnóstico, em vez de você capturar as duas informações e, depois, ver como elas se comportam. Aí você cria uma tabela de associação e só aceita determinados diagnósticos para aqueles procedimentos. O que é que aconteceu? Como a conta rejeita, se o hospital tem um limite de dez partos por cesárea que ele pode fazer, ele faz. E o resto tudo é cobrado como se fosse parto normal. Mais crítica na coleta não quer dizer dado de melhor qualidade. Pode significar o inverso. Será que se está organizando a rede com essa quantidade de crítica enorme ou será que a gente está perdendo informação ou distorcendo a prática profissional?

Uma das ênfases a respeito de problemas na qualidade dos dados, de fato, aponta para a importância de maior cuidado na coleta. Entre os maiores problemas estão a pouca capacitação e o baixo suporte aos atores envolvidos, tanto para gerir como para desenvolver mais amplamente soluções para a informação. Isso diz respeito tanto ao excesso de crítica das informações como ao excesso de procedimentos listados, cuja linguagem, compreensão e adequação não se encontram próximas dos atores que trabalham na ponta dos sistemas. Nesse sentido, uma questão que se configura claramente para um dos gestores é a do distanciamento que ainda existe entre o DATASUS e os níveis locais.

Nosso distanciamento do serviço. Eu acho que estamos muito voltados para atender o nível central e estamos esquecendo das pessoas, no dia-a-dia, que estão precisando de outro tipo de solução na informática. Talvez a gente nem possa fazer isso diretamente, mas criar condições para que esse processo de informatização do serviço decorra. Eu acho que nós estamos muito distantes do nível operacional do sistema.

Uma questão preocupante que agrava tal panorama é a de que o treinamento e a capacitação, além de serem considerados insuficientes, sofrem com a transitoriedade dos recursos humanos. Esse problema está inscrito nos processos de sucessão política em todas as esferas governamentais, pois que o fim de um mandato ainda hoje pode representar mudança de equipes inteiras ou de técnicos especializados. A consequência mais grave desse processo é a descontinuidade de projetos e iniciativas que, potencial ou realmente bem-sucedidos, estão sempre sob o risco de recomeçar, refluir e até mesmo ser abandonados a cada nova gestão. A este respeito um dos gestores foi enfático ao afirmar:

A gente faz todo um trabalho de treinamento, mas daqui a dois anos mudam todas as pessoas e a gente tem que fazer tudo de novo. É um trabalho permanente. Em tudo, em todos os níveis, as prefeituras também de quatro em quatro anos, os estados também. Isso quando não há mudança no meio do caminho. Não é mudança só do prefeito ou do secretário. Às vezes, muda a equipe inteira, não sobra ninguém. Ou quando não levam os computadores para casa. No nível federal, não chegam a levar os computadores para casa, até porque são bases de dados muito grandes, mas também há o processo grande de reconstruir coisas já construídas. Isso em toda a administração pública. E cada um que entra fala: “vamos começar a fazer uma coisa nova, revolucionária”.

A terceirização, seja por intermédio da contratação de empresas privadas ou organizações da sociedade civil, também oferece novos problemas à continuidade de ações e recursos humanos. Este ponto parece estar relacionado com o aumento de recursos financeiros, que propiciou a elevação de contratações temporárias, o que significou ausência de investimentos em quadros permanentes que pudessem sustentar, a longo prazo, políticas e projetos institucionais de interesse para o sistema nacional de informações em saúde. Um dos gestores ilustrou o problema da seguinte forma:

Hoje nós temos um orçamento de duzentos milhões, ou seja, multiplicou-se por dez. Duzentos milhões para gastar em informática é muito dinheiro. Evidentemente, isso provocou uma terceirização acelerada, e acredito até que houve uma perda de controle da eficiência. Muita pressa para obter resultados, sem gastar o tempo para definir os padrões, estabelecer os objetivos, investir na integração. Mas se nós temos muitos recursos financeiros, por outro lado os recursos humanos não acompanharam esse crescimento. Houve uma redução do recurso humano porque você sempre perde gente para o mercado. Isso ocorre em qualquer instituição. É bom para o profissional, que sai para ganhar mais, mas nós sofremos um envelhecimento do quadro de pessoal e a gente não repõe as perdas, só via terceirização. Eu entendo que qualquer instituição que tenha uma área de informática precisa de um quadro permanente. Não existe essa dualidade de fazer coisas internamente ou “vamos terceirizar”. Você tem que balancear, você precisa um pouco de pessoas permanentes que conheçam o processo de trabalho da organização e que representem a organização em todos os contratos que você fizer. Se você começa a terceirizar, sem ter um corpo permanente para fiscalizar e acompanhar o que você está fazendo, corre riscos. Foi o que nos aconteceu. Nós gastamos uma fortuna em terceirização e, na hora de absorver e incorporar os produtos desses contratos, só encontramos dificuldades e não aproveitamos os resultados.

As principais dificuldades e os maiores desafios encontrados no âmbito do DATASUS parecem decorrer da ampliação do próprio sistema nacional de informação em saúde. Ampliar a qualidade dos dados, zelar pela cobertura, proteger a privacidade dos cidadãos, promover a aproximação com o nível local, prover tanto a capacitação dos recursos humanos como maior adequação e suporte para a criação de soluções são algumas das dimensões que possivelmente continuarão a pautar a agenda do DATASUS para o futuro. Entretanto, encontram-se em curso alternativas que, apenas vislumbradas ou já efetivadas, indicam caminhos promissores que devem ser trilhados e ilustram importantes avanços realizados.

DATASUS: ALTERNATIVAS E AVANÇOS

A existência de um sistema nacional de informação em saúde para o SUS é, em si mesma, um avanço. Este ganho é amplificado pelas características do DATASUS. Trata-se de um sistema que disponibiliza abertamente grande quantidade de informações, alcançando, portanto, diferentes níveis de gestão e instâncias voltadas para o controle social. Tal escopo é parte de uma política de disseminação. Para seu êxito no âmbito dessa política de disseminação da informação, o DATASUS conta com marcos legais que defendem o teor público de seus dados e, de fato, a existência de portaria ministerial a este respeito também se caracteriza num outro importante avanço. Nos demais setores nacionais não há ainda paralelo ao que o setor da Saúde oferece e potencializa em termos de difusão de dados, pela *internet*, para livre consulta. Apesar das dificuldades apontadas e das restrições a certos instrumentos e rotinas, os sistemas de informação existem e estão em operação, sendo que, a partir deles, novos rumos podem ser adotados para ampliação, aprimoramento e reorientação. Ao mesmo tempo, tais sistemas podem se prestar como referência para outros setores.

A importância do DATASUS é reconhecida entre profissionais da gestão e da academia, bem como entre os atores da área de controle social. A partir de suas informações são gerados documentos de trabalho, fiscalização com maior segurança contra fraudes, planejamento fundamentado, linhas de atuação e novos conhecimentos que se revertem em benefícios para o próprio sistema. Por isso, na medida em que o sistema nacional se aproximar mais das pontas, novas alternativas poderão ser criadas, com mais adequação e melhores resultados, no cotidiano dos serviços e do controle social. Fortalecer a capacitação igualmente constitui importante alternativa para aprimorar a coleta de dados com maior qualidade, estimular a ampliação de sua utilização e instrumentalizar o desenvolvimento de sistemas locais adequados às necessidades tanto dos municípios e estados como do sistema nacional.

Continuar a investir no reconhecimento de diferenças locais, sem perder de vista o teor nacional, pode ser um importante movimento a ser feito pelo DATASUS na próxima década. A flexibilidade dos sistemas, com a criação de ferramentas para manejar os dados, como o TabWin e o TabNet, e sua plasticidade já se revelaram avanços imprescindíveis para o campo da informação em saúde.

Contudo, para prosseguir avançando, é imprescindível a ampliação de iniciativas de capacitação técnica e do diálogo com os usuários. Em outras palavras, a questão não consiste em burocratizar as informações, tampouco em lidar com o DATASUS como se fosse um depósito de dados, mas sim dispor os dados em fluxo contínuo e dinâmico. Tal conjunto de questões aponta para a necessidade de discutir, com o nível local, os contextos e os panoramas específicos que estão implicados no controle social exercido pelos conselheiros de saúde. O resultado da consulta acerca dessa interação constitui o tema das seções subseqüentes.

ABORDAGENS DO CONTROLE SOCIAL

Discutir o controle social, bem como a participação na saúde, implica reconhecer a polissemia que tais noções trazem e se manifesta nas formas diversas de compreender tais noções nos âmbitos dos debates públicos e das tradições teóricas a que se remetem (DONADONE; GRÜN, 2001). Exemplos disso são encontrados na literatura sobre o controle social, sendo possível sistematizar a compreensão do controle social a partir de duas abordagens principais.

Uma delas situa-se no campo das ciências sociais e humanas, em cujo espaço o controle social expressa as formas como a sociedade, as comunidades e os grupos enfrentam situações de conflito e reafirmam seu controle interno por normas, pela vigilância e pelas sanções que são reconhecidas e interiorizadas coletivamente, limitando as ações dos indivíduos. Nesse contexto, o controle social

está identificado com os fundamentos da teoria social clássica, que se preocupa com a questão da manutenção da ordem e da integração social (ALVAREZ, 2004; SANTOS, 2004). A segunda abordagem difere da noção do controle “sobre a sociedade” e de sua conformidade numa perspectiva normativa e disciplinar, para desdobrá-lo como expressão de um controle exercido “pela própria sociedade” civil organizada, que então toma parte na decisão e na fiscalização das políticas públicas (CARVALHO, 1995; CORREIA, 2003; GERSCHMAN, 2004).

De fato, as duas abordagens sobre o controle guardam uma semelhança inicial entre si, pois ambas realizam um constrangimento coletivo às ações individuais visando ao benefício mais amplo da sociedade. Contudo, as diferenças ganham destaque na medida em que se pergunta sobre qual “ordem” se pretende manter com esse controle. Na tradição clássica da sociologia, o controle social defende a ordem da sociedade num sentido geral, em um esforço coercitivo voltado para a sua reprodução e o seu equilíbrio, o que remete ao momento histórico da própria construção de uma ciência do social e seu objeto na passagem do século XIX para o XX. Já na outra abordagem a ordem é um projeto político específico da sociedade civil organizada na defesa de interesses coletivos em torno das políticas públicas, como é o caso do embate que emerge das lutas dos movimentos sociais para a democratização do Brasil com o fim dos governos militares na segunda metade do século XX.

De toda forma, tal debate muitas vezes sutil em torno do controle social, separado por um arco histórico considerável, tem o mérito de evidenciar na sociedade atual o valor de espaços de participação social em defesa de políticas públicas. No caso específico do SUS, fica mais clara então a importância de a sociedade organizada participar das decisões dos rumos da saúde pública, acompanhar sua realização e a alocação de recursos públicos. A este respeito, como argumenta Ramos (1986), a discussão sobre a participação popular na saúde não pode prescindir da questão fundamental da participação na gestão de um direito de cidadania, sem a qual propostas participativas se tornam discutíveis, quando não equivocadas. Nesse contexto, a discussão sobre o controle social se encontra com a experiência dos conselhos de saúde na construção de uma cultura que articula a participação social na qualidade de sujeitos que detêm direitos de cidadania.

A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Os conselhos de saúde lidam com os mesmos desafios que se colocam à democracia brasileira. Precisam, por exemplo, enfrentar as tradições do clientelismo, com histórica manipulação da participação social, e o descrédito, por parte de sua própria população, quanto à política. Contudo, a experiência com os conselhos de saúde tem acenado para a revitalização dos espaços de participação e controle social em um período de franca desorganização da sociedade civil, com retração dos estados nacionais e um modelo de globalização pautado nas operações de um capital financeiro sem fronteiras (LABRA, 2002, 2005; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Mesmo em um cenário adverso como este do início do século XXI, os conselhos de saúde têm desempenhado um papel de suma importância para a efetivação do SUS e para os desdobramentos dos posicionamentos políticos de base das Conferências Nacionais de Saúde (GUIZARDI et al., 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). Ao mesmo tempo, os conselhos são experiências em que o controle social realiza seu potencial de efetivação dos direitos, pois neles está presente a concepção já apontada por Sposati e Lobo (1992, p. 370), qual seja, a de que as “leis são instrumentos de luta e não só dispositivos formais”.

Ou seja, apesar de constituir um valor pilar e fundamental nas sociedades democráticas, a existência de direitos não assegura, por si só, sua efetivação, pois esta depende de luta política organizada para a materialização da democracia no cotidiano. Nesse campo de lutas pela criação e pela defesa de espaço político em prol da saúde pública como direito de cidadania, os conselhos desempenham

um papel fundamental, por intermédio do exercício do controle social, para a efetivação do direito à saúde.⁴

A partir da Constituição de 1988 e do estabelecimento do SUS, duas importantes leis (8.080 e 8.142) lançaram, em 1990, entre outras providências, as bases dos conselhos de saúde para a participação da comunidade nas distintas esferas de governo. Convém ainda destacar duas importantes resoluções posteriores que definiram mais claramente as atribuições e as perspectivas dos conselhos de saúde: em 2003, a Resolução n.º 333, que ofereceu as diretrizes para a criação, a estruturação e o funcionamento dos conselhos de saúde (BRASIL, 2006b) e as diretrizes nacionais para o processo de capacitação de conselheiros de saúde (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002) e de educação permanente no controle social do SUS (BRASIL, 2006a).

Desde os anos 90, as experiências com conselhos foram ampliadas e se tornaram questão para a investigação de estudos (LABRA, 2002, 2005; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004; CORREIA, 2003; STRALEN et al., 2006) que procuram conhecer os alcances e limites das experiências concretas acumuladas desta instância do controle social. Tais estudos procuram saber como são construídos os perfis dos conselheiros, como estes se relacionam no contexto de suas atribuições, quais são as dificuldades encontradas e os avanços vislumbrados ao longo de mais de uma década de existência dos conselhos de saúde. As questões levantadas na literatura, tanto em suas divergências como em suas convergências, orientaram as interpretações e as discussões a respeito da presente consulta junto aos conselheiros e do diálogo com os sistemas de informação em saúde.

CONSELHEIROS DE SAÚDE: CAPACITAÇÃO E DEDICAÇÃO

Um dos mais importantes ganhos de reflexão política para o qual tem apontado o processo de democratização do Brasil, após o regime militar, é o de que controle social não é instituído nem outorgado à sociedade civil (RAMOS, 1996). Ao contrário, o controle social conta com a participação da sociedade civil, o que pode ser promovido e fortalecido por políticas públicas que focalizam a participação social como um dos principais elementos para a defesa do caráter público no setor Saúde, bem como nos demais. É, portanto, precisamente por causa da correlação existente entre participação e controle social que os conselhos de saúde ganham relevância na discussão sobre sistemas de informação em saúde. Entre os conselheiros entrevistados, as preocupações mais recorrentes foram a da capacitação e a da disponibilidade para que os conselheiros, no seu conjunto, possam desempenhar suas atribuições de forma autônoma e propositiva.

A capacitação dos conselheiros de saúde foi considerada precária, sendo o estado de precariedade agravado pela reduzida disponibilidade de tempo para o preparo e o exercício de suas atribuições. Esses problemas acarretam a desqualificação da participação e do controle social. Tal situação, por seu turno, pode favorecer a manipulação política da participação e do controle social em prol de interesses específicos de grupos alojados nas diversas esferas de poder governamental.

Com base nas entrevistas, é possível destacar que a heterogeneidade nos perfis dos conselheiros, por um lado, enriquece a prática política do controle social e, por outro lado, traz desafios para o desempenho das atividades, principalmente quando as diferenças implicam grandes disparidades de formação, acesso a tecnologias e preparo para a participação na saúde. Convém ressaltar, para melhor caracterização deste panorama, que tal “participação na saúde” pode ser entendida como ação tanto na fiscalização dos recursos públicos, na proposição de prioridades e/ou no acompanhamento das ações de saúde. Assim, a falta de capacitação destes novos atores sociais na área da Saúde, tanto

⁴ Sobre este assunto, ver Carvalho (1995) e Ramos (1996).

para a utilização de tecnologias eletrônicas como para o manejo de informações, ganha destaque como importante dificuldade a ser enfrentada. Conforme pode ser ilustrado com as falas de dois dos entrevistados:

Nós temos 36 conselheiros, 18 titulares e 18 suplentes. Alguns deles não manejam computador, e isso dificulta. Para o acesso às informações seria preciso treinar algum tipo de conhecimento. No conselho nós temos agricultores, representantes de sindicatos rurais, médicos, professores. Acho que o grande desafio é massificar isso entre os conselheiros. Hoje, o celular está muito mais democratizado do que o computador. Se nós tivéssemos computadores mais baratos, computador popular... Porque hoje, para você ter acesso à internet, precisa no mínimo ter uma linha telefônica, e isso tudo dificulta. Existem conselheiros que não sabem o que é fonte de informação. Existe conselheiro que sabe porque usa. Mas isso é uma coisa que os conselhos vão ter que pensar. Alguns fazem isso do ponto de vista focal, pontual. Nós precisamos capacitar, explicar o que é o SIM, o Sinan, etc. Falar sobre o que é orçamento, finanças. Chamar alguém que domine informações para explicar e mostrar o que significa. Nesse sentido, eu acho que a gente falha. A gente não fez isso institucionalmente. A gente tem que começar a discutir isso aí (conselheiro municipal de saúde).

O desejável é que os conselheiros se fundamentassem o máximo possível sobre os assuntos que serão debatidos nas sessões, com base nas pautas enviadas previamente. Eu percebi que a maioria dos conselheiros não tinha nenhuma informação sobre o número de médicos que esta administração contratou nos últimos anos. As observações que eles faziam naquele debate mostravam que não estavam informados de quantos médicos temos na rede e quantos foram contratados. Acho que a crítica que o conselheiro faz seria muito mais bem fundamentada se ele tivesse esse tipo de informação. É fundamental para esse tipo de discussão. Os conselheiros não têm habitualmente a prática de se aprofundar no tema discutido. Por isso, muitas vezes utilizam alguns lugares-comuns, chavões que não correspondem à realidade. Não estou falando isso só em defesa da administração, mas também há um outro lado. Muitas vezes, a informação pode ser usada para fundamentar uma crítica à própria administração (secretário municipal de saúde e presidente do conselho).

Iniciativas de capacitação que, além de promovidas por governos, fazem parte das linhas de ação do próprio DATASUS e são objeto das diretrizes nacionais de capacitação de conselheiros de saúde (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002) e de educação permanente no controle social do SUS (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006a) foram lembradas pelos entrevistados, mas ainda consideradas por estes como insuficientes e descontinuadas. Em geral, tais iniciativas foram descritas como inadequadas por seu caráter pontual, ou seja, porque ainda são isoladas e sem continuidade, o que agrava o efeito da renovação sistemática dos quadros de conselheiros, por ocasião do término de seus mandatos. Segundo um conselheiro municipal:

Olha, o Ministério inclusive, estou lembrando das conferências nacionais, até já deliberou uma forma de estar fazendo as capacitações de conselhos e está fazendo, já ocorreram. Inclusive houve universidades em cada estado que ganharam para que fizessem esses cursos de capacitação, mas foi só no primeiro momento, formularam livros, veio o pessoal, fizeram a capacitação e, então, os cursos de capacitação sofreram uma interrupção. Assim, de continuidade, eles não estão sendo feitos regularmente, esses cursos de capacitação. Não dá para você gerir ações públicas sem a capacitação permanente. O conselho é renovado a cada dois anos e, por ser renovado a cada dois anos, cria uma dificuldade maior. Sai quem começou a andar e entra quem não andou ainda coisa nenhuma. Esse é o outro lado que dificulta demais. É por isso

a necessidade de capacitação permanente, porque esses conselhos estão sendo trocados a cada dois anos.

Outro aspecto problemático no terreno da capacitação diz respeito à terceirização, procedimento pelo qual as atividades de capacitação são delegadas a organizações sociais, tais como as atualmente nomeadas organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip). Na visão expressa pelos entrevistados, a terceirização, ao mesmo tempo em que eleva custos, transfere para tais organizações, de modo potencialmente arriscado, a condução da inteligência dos sistemas de informação em saúde. Sobre este aspecto argumentou claramente um conselheiro nacional:

Toda a capacitação do Ministério da Saúde é feita primeiro contando com o estado. O estado recebe recurso, aí vai e aluga o hotel e define tudo. Eu acho um absurdo que isso aconteça, porque, por exemplo, numa escola você consegue fazer uma capacitação com o custo baixo. Aí você gasta dinheiro com hotel, que tem uma estrutura. Eu dou o exemplo de um hotel, onde nós estivemos, que assim, só com uma reunião de 50 pessoas em um dia, embolsou 75 mil reais. É um dinheiro que faz falta para o sistema de saúde. E o pessoal que veio para cá ouviu, ouviu, ouviu e voltou para trás, não teve crítica. Então, eu acho que tem que ter primeiramente capacitação de pessoas diretamente, sem intermediários. Porque hoje o que nós estamos percebendo é que está havendo terceirização, repasse de responsabilidade de operação, gestão, gerenciamento do sistema de saúde, isso é um erro básico.

Ou seja, as atividades de capacitação são fundamentais para a qualificação do controle social; contudo, deve ser observada a necessidade de fortalecimento da promoção de formação continuada para os conselheiros, cujo quadro é sempre heterogêneo e regido por mandatos transitórios. Além disso, como também defendem as diretrizes citadas, tão importante quanto evitar ações pontuais é o estabelecimento de critérios para que os cursos de capacitação sejam realizados por parcerias com instituições ligadas organicamente com a saúde pública, nos marcos da reforma sanitária, mas não necessariamente na lógica da prestação de serviços na condição de Oscip. Como sustentou o mesmo conselheiro:

Então, eu acho que tinha que haver parceria sim, haver atividade conjunta, mas que não fossem essas coisas de organizações sociais, Oscip, essas coisas todas. O seguinte, a Abrasco. Eu acho que a Abrasco tem que ser chamada para conversar para apresentar proposta de atuação junto com o sistema de saúde, a Fiocruz e outras instituições. Porque o que acontece é que, para receber recursos, o Ministério da Saúde e o governo federal e outros forçam a barra para que essas instituições, que são pensadoras da reforma sanitária, se transformem em Oscip. Então, aquilo que é uma política de obrigação do Estado passa a ser responsabilidade e obrigação dessa Oscip. E aí você desvirtua o sistema de saúde. Então, eu acho que as próprias instituições têm que pensar o que fizeram e o que estão fazendo. Depois, o seguinte: a terceirização é problemática porque o custo operacional é alto, a responsabilidade civil é alta, porque o Estado só responde no resultado que ele recebe. Então, às vezes, você tenta contato com o consórcio, com cooperativa, o que for, e eles não conseguem apresentar o resultado final.

Os entrevistados concordaram, sobretudo, com a necessidade da construção de alternativas para a capacitação que prevejam sua execução no âmbito de uma política de formação permanente, provavelmente convergente com a aprovada pelas diretrizes de capacitação dos conselheiros de saúde e de educação permanente no controle social do SUS (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, 2006a). Tal política, segundo a consulta, poderia estar articulada com a criação de um fundo que, nacional, estadual e/ou municipal, financiaria a continuidade e a ampliação da abrangência das iniciativas de capacitação, de modo que tais iniciativas atingissem não só conselheiros, mas também os profissionais do SUS e os atores de movimentos sociais.

As alternativas propostas ao longo das entrevistas visaram igualmente ao enfrentamento da questão da heterogeneidade dos e nos conselhos. Assim, uma política de formação permanente potencializaria as ações atualmente em curso nos conselhos, onde a rotina das reuniões oferece, ainda que com limitações, elementos para a capacitação para o exercício do controle social. Ainda no tocante aos esforços dos conselhos, vale destacar que a distribuição de publicações, tais como o livro “*SUS de A a Z*”, e a criação de materiais locais e de kits informativos para os conselheiros têm se revelado importantes contribuições para sua capacitação.

Entretanto, é forçoso reconhecer que a capacitação – seja ela exercida nos marcos de uma política de formação, nos esforços pontuais ou nas alternativas locais – esbarra no problema do tempo insuficiente para a dedicação dos conselheiros às atividades dos conselhos. Esta questão foi outro ponto recorrentemente salientado pelos entrevistados, que alertaram para a necessidade de criação de estratégias e mesmo de dispositivos legais que favoreçam a participação dos conselheiros.

Uma das principais preocupações a respeito da dedicação dos conselheiros reside nos conflitos gerados entre o tempo a ser dedicado às atividades do conselho e o tempo destinado ao trabalho assalariado dos referidos membros do colegiado. De fato, conselheiros ainda encontram dificuldades para que sejam liberados de seus trabalhos para participar de reuniões e cursos de capacitação, o que constitui um ponto importante a ser levado em consideração. Embora a Resolução n.º 333 (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006b) seja bem enfática na defesa desse direito, caracterizando a função de conselheiro como de relevância pública e garantindo sua dispensa do trabalho para as reuniões, as capacitações e as ações específicas do conselho, provavelmente a efetivação desse direito ainda esteja para ser realizada por meio de luta política, como discutido anteriormente a partir de Sposati e Lobo (1992).

A CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DE CONTROLE SOCIAL

As questões até aqui tratadas remetem para a necessidade de uma construção simultânea, em âmbito nacional, de duas culturas que se inter-relacionem na área da saúde pública. Por um lado, pode ser destacada a construção de uma “cultura da informação” para a saúde, na qual as informações sejam cada vez mais acessadas e, sobretudo, compreendidas, de modo a fundamentar discussões e ações de saúde, seja nos diversos níveis da gestão, seja na pesquisa em saúde ou na participação social na saúde.

Por outro lado, também desponta nesse panorama uma segunda cultura, a do controle social, segundo a qual é preconizado que a legitimidade e a relevância da atuação dos conselhos de saúde conquistem cada vez mais espaço e visibilidade na sociedade. Mas, para tanto, a participação social na saúde, seja para fiscalizar recursos públicos, propor prioridades e/ou acompanhar ações de saúde, melhor desempenhará suas atribuições quanto mais se apropriar dos sistemas de informação, com autonomia, capacitação e disponibilidade para dedicação.

Portanto, a “cultura da informação” e a “cultura do controle social” estão mutuamente referidas. Como a própria idéia de “cultura” sugere, tais construções não podem ser erguidas simplesmente por obra de uma “engenharia social”, o que significa dizer que caberá aos processos históricos, pelas ações dos atores sociais, a sedimentação da participação e do controle social na saúde.

Um exemplo de como as culturas da informação e do controle social se relacionam foi oferecido no caso de um relatório produzido pela comissão de um conselho municipal que, a partir de informações do DATASUS, questionou a pertinência de conveniar um determinado hospital. Na forma em que o assunto foi abordado por um conselheiro municipal:

Esse relatório foi feito porque houve a solicitação de um hospital na área de oncologia para se conveniar ao município, e a comissão fez um trabalho muito bonito, pesquisando o número de casos, quantos pacientes precisavam se internar, a questão dos custos para mostrar que não havia necessidade do convênio, já que o município possui dois outros hospitais na área que atendem bem a demanda. Se há necessidade do serviço cria-se o convênio, se não há, não há por que fazer. Foi um relatório muito bem feito, muito bem fundamentado, que inclusive serviu para que o Ministério da Saúde conseguisse reduzir em 5 milhões de reais, que pode ser revertido na construção de um prédio, em alguns equipamentos. A comissão encaminhou cópia para o Ministério Público, para que o hospital colocasse em funcionamento os equipamentos sob pena de o Ministério tomar esses equipamentos e doá-los. Consultaram diversos bancos. Inclusive, cita-se no relatório os sites que pesquisaram: o do DATASUS e o "saude.gov.br".

Um grande desafio identificado na construção e no fortalecimento dessa cultura de controle social foi o da autonomia política dos conselhos, uma vez que, em alguns municípios e estados, o exercício do controle social enfrenta problemas criados por excessiva proximidade com governos. O principal exemplo desse potencial comprometimento da autonomia do controle social é o fato de existirem conselhos cujos presidentes, em função de lei orgânica dos municípios, são seus respectivos secretários municipais de saúde. Disso resulta que conselhos presididos por secretários municipais de saúde podem experimentar a predominância dos interesses da prefeitura e, eventualmente, enfrentar constrangimentos para a fiscalização, o acompanhamento e a proposição, isto é, constrangimentos à autonomia que é indispensável ao controle social. A possibilidade de um conselho de saúde ser tutelado por sua prefeitura significa o risco de capturar, numa lógica de manipulação, a participação social e, com isso, esvaziar o projeto político em curso.

OS CONSELHEIROS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

As entrevistas com os conselheiros deixaram claro que, de fato, os sistemas de informação em saúde são importantes para a gestão e para o controle social. Contudo, de acordo com cada uma das finalidades – gestão ou controle social –, as consultas aos sistemas são diferenciadas. Uma tendência demonstrada pelos entrevistados é a de que as consultas feitas pelos conselheiros ao DATASUS destinam-se com maior ênfase para a fiscalização dos recursos do que para a proposição e o planejamento de ações em saúde. Entretanto, os mesmos entrevistados reconheceram haver também iniciativas de participação no planejamento, talvez até de modo crescente e com esforço dirigido para apropriação das informações epidemiológicas. Nos termos em que argumentaram dois conselheiros:

Uma coisa é você fiscalizar os serviços, na organização, que são mais abstratos, outra coisa é o conselheiro se apropriar de dados dessa epidemiologia, de indicadores. E já começaram a se apropriar desses dados, porque existe essa noção dentro do conselho. Às vezes, eu acho engraçado as pessoas utilizarem esse termo "a epidemiologia". Então, o conselho já começa a se apropriar disso, "isso aqui vai ser uma nova rotina, vai ser um instrumento de trabalho"... O que dificulta é exatamente o fato de o conselheiro não ter mais tempo para se dedicar ao conselho, mas, infelizmente, não há como (conselheiro municipal).

Acho que os conselheiros estão avançando bastante na fiscalização e no controle do processo de gestão. Não acho que tenhamos chegado ao nível de uma qualificação do processo de discussão e deliberação em que os conselheiros, a partir das informa-

ções disponíveis, fazem um debate qualificado e profundo de todos os temas. Acho que não chegamos a isso, apesar das exceções existentes. Acho que demos um passo muito grande, pois foi um elemento de fiscalização dos atos do Poder Executivo, como fiscalizar as contas do fundo municipal de saúde. Isso é uma informação que está disponível na internet, que disponibilizamos em relatórios. Os conselheiros têm o dever e o direito de esmiuçar essas contas, questionando por que foram usados recursos nisso e não naquilo. Eles ajudam muito também na fiscalização e na proposição das diretrizes do plano de saúde, se vamos instituir programas novos, onde deve ser feita uma unidade, onde não deve. Nisso, na fiscalização e na proposição sobre as diretrizes, está avançado. Entretanto, nas questões mais finas, mais aprofundadas, de qualificar o papel do conselheiro de saúde no debate, ainda temos passos à frente para dar. É preciso, por isso mesmo, investir na capacitação dos conselheiros. Eu acho que a gente tem um grande desafio de aperfeiçoar o papel dos conselhos de saúde no Brasil (secretário municipal de saúde e presidente do conselho).

Além da necessidade de ampliar a qualificação para o “aperfeiçoamento do papel dos conselhos de saúde”, foram apontados problemas com a linguagem empregada nos sistemas de informação. A principal questão é a de que há pouca clareza nas informações disponibilizadas, da qual decorre a dificuldade de manejá-las. Uma alternativa, como sugeriu um entrevistado, está na adequação da apresentação das informações, levando-se em conta que os sistemas são de acesso universal e não só de técnicos. Tal mudança beneficiaria especialmente os conselheiros.

É uma preocupação que precisamos ter quando falamos de sistemas de informação do SUS. Como é um sistema de acesso universal, não são só técnicos especializados que acessam. A população em geral e os conselheiros também entram. Eu imagino que um conselheiro simples, muitas vezes da comunidade, se ele conseguir entrar, vai ter dificuldade de entender. É preciso saber que essas informações têm que ser apropriadas para o público em geral. E, portanto, devem ser modificadas naquelas situações em que não são de fácil entendimento (secretário municipal de saúde e presidente do conselho).

Mas os limites apontados sobre os sistemas de informação não se resumem às dificuldades de capacitação dos conselheiros. Existem também preocupações com relação à compatibilidade dos dados, o que acaba por gerar novas dificuldades tanto para a gestão como para o controle social. As observações dos conselheiros apontaram para uma tendência de fragmentação das informações, uma vez que os bancos de dados são de difícil cruzamento entre si e, por vezes, contêm dados discordantes, o que redundava no prejuízo da própria confiabilidade dos sistemas. Segundo um dos entrevistados, esse processo representa uma “pulverização”, que pode comprometer a própria capacidade do DATASUS de resolver tal questão:

Houve uma pulverização das informações de vários bancos de dados, e cada coordenador de área assume ali a gestão daquela informação. Assim, o DATASUS fica sem a governabilidade necessária para fazer essa interferência, para buscar uma unificação (conselheiro nacional).

Os esforços locais de integração dos sistemas acenam com promissoras e inventivas alternativas para tal questão, contemplando, inclusive, a possibilidade de intercâmbio com outros setores, tais como o educacional, o da assistência, o do meio ambiente, entre outros. Conforme exemplificou um conselheiro municipal:

A gente está discutindo uma forma de tentar pegar alguns dados dos diversos sistemas e fazer um sistema só. Nós estamos discutindo isso com o pessoal para ver se é possível. Nós marcamos uma oficina para fevereiro, para a gente tentar discutir, compactar esses diversos sistemas. Não sei se vai ser possível, mas a gente vai tentar chegar lá.

Outro aspecto salientado em entrevista foi o de que não são a escassez e a omissão de dados que constituem a dificuldade para compatibilizá-los, mas, ao contrário, o seu excesso. O excesso prejudicaria não só os sistemas de informação e as consultas do controle social, mas também geraria uma sobrecarga na gestão de âmbito local, dadas as muitas demandas por coleta de dados. A este respeito assim ponderou um dos entrevistados:

Muitas vezes, chegam até nós demandas meio sem sentido, gente que pede um conjunto de informações que toma um tempo brutal da equipe, que não tem tempo para isso. Informação não pode ser algo que interrompa o processo de trabalho. Essas demandas partem geralmente de níveis centrais ou de estados, ministérios, isso é comum. Você vai fazer um Pacto de Atenção Básica, existe o Pacto da Vigilância Sanitária, existe o Pacto da Vigilância Epidemiológica, aí vem o preenchimento dos cadastros da vida, aí vêm aquelas demandas do gestor local, que até em trinta dias tem que encaminhar, e depois vem o Bolsa-Família, pois é preciso cadastrar as pessoas dos postos de saúde, porque senão elas não vão receber, já é uma demanda de outro ministério, o cotidiano de gestão é uma verdadeira loucura. Criam-se demandas para que os gestores locais cumpram e é um “samba do crioulo doido”. Nós temos que fazer um pacto só: o Pacto da Saúde. Temos que integrar tudo isso em um sistema único, coletando informações de maneira adequada. O Ministério tem muito disso, tem as suas “igrejinhas”. Fica cada um querendo cobrir a sua e mandando demanda para os municípios. Então, esse é um elemento que tem que ser considerado também. O trabalho que deve ser o instrumento passa a ser o fim e acaba não sendo utilizado (secretário municipal de saúde e presidente do conselho).

Cabe registrar que uma questão que mereceria futuras investigações é a das diferenças entre entrevistados que são conselheiros de saúde e conselheiros que acumulam cargo na gestão, como no caso de secretários municipais de saúde, os quais, devido à lei orgânica do município, são automaticamente presidentes do conselho de saúde. Sobre este tópico, a consulta realizada permite aventar a hipótese de que haveria uma tendência entre os conselheiros ligados à gestão de defender a redução no volume de dados e no fluxo de informações, em prol do ganho de agilidade dos sistemas e do cotidiano da própria gestão em alimentá-los. Por outro lado, entre os conselhos de saúde mais próximos aos movimentos sociais, é possível aventar uma tendência no sentido oposto, ou seja, para tais colegiados, quanto maiores forem o espectro de informações e as bases de dados, maiores seriam as possibilidades de promover a visibilidade de grupos sociais diversos e seus interesses.

Ainda no tocante à confiabilidade dos dados, os conselheiros entrevistados reconheceram o quanto é delicada a questão da coleta em nível local. Preenchimentos imprecisos e incompletos desafiam tanto gestores como conselheiros a promover estratégias pela melhoria desse problema. As alternativas apontadas variam desde aumentar a fiscalização sobre os gestores, para monitorar a qualidade dos dados na fonte, até a renegociação de horários e condições de trabalho, a fim de oferecer contrapartidas para que os profissionais responsáveis possam se dedicar melhor ao preenchimento dos instrumentos. Vale ressaltar que, como alternativa, também foi destacada a atualização dos dados nas próprias unidades, pela rede. Outra alternativa sugerida foi a de considerar a simplificação dos instrumentos em relação à diagramação, bem como pelo emprego de uma redação mais clara e da redução de dados que devem ser coletados.

CONSELHOS DE SAÚDE: ALTERNATIVAS E AVANÇOS

Ao lado do reconhecimento da importância de dados do DATASUS para o planejamento na gestão da saúde, os entrevistados também convergiram, em seus depoimentos, no que se refere aos avanços possibilitados por esses dados, principalmente para efeito de controle financeiro, que por intermédio de suas informações se torna possível e detalhado, e para efeito de controle social, a fim de que sejam acompanhados os repasses sob a responsabilidade de estados e municípios. Os sistemas de informação também foram reconhecidos como grandes avanços, graças à qualidade dos dados, que compreende diversidade de fontes, e graças aos ganhos de agilidade e flexibilidade na operação dos sistemas.

Por sua vez, os conselhos de saúde também vêm realizando importantes avanços. Apesar de dificuldades e diferenças locais, muitos conselhos estão instalados, possuem equipamentos, recursos humanos e financeiros para o desenvolvimento de suas atividades. Os conselhos de saúde constituem referências para outros conselhos e ocupam lugar de grande relevância para a construção de uma cultura de controle social.

Os conselhos de saúde e o DATASUS podem ser entendidos num diálogo em que os sistemas de informação e as atividades de controle social se potencializam e se reforçam reciprocamente. Por isso se justifica o interesse manifesto pelos conselheiros de que o DATASUS os conheça melhor, da mesma forma como estes buscam conhecer melhor os sistemas de informação para a consecução de suas atividades. A maior proximidade do DATASUS com os conselhos de saúde e com o nível local pode se consubstanciar no mapeamento, na melhor definição e na atualização do perfil dos conselhos e dos trabalhadores da saúde, bem como na promoção de ajustes e dispositivos locais de proteção da qualidade na coleta de dados. Estreitar interlocução, neste caso, pode significar, sobretudo, que os conselhos de saúde se tornem também questões para os sistemas de informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: DIÁLOGOS ENTRE OS NÍVEIS CENTRAL E LOCAL NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Após percorrer, neste capítulo, as questões suscitadas em relação aos âmbitos central e local dos sistemas de informação em saúde, é possível ressaltar alguns pontos que configuram um diálogo entre tais níveis. Entre os principais pontos, destaca-se o consenso acerca do reconhecimento da existência de um papel estratégico para o DATASUS como instância ao mesmo tempo promotora de uma cultura de informação para a gestão e o controle social e articuladora de sistemas de informação. Apesar de entre os entrevistados ter sido considerada grande a fragmentação dos sistemas e apesar da admissão de que ainda existe um caminho a ser percorrido nesse sentido, as bases existem e o DATASUS é uma referência para informações em saúde para o território nacional.

Na perspectiva da chamada cultura da informação, pode-se considerar que a demanda por dados é potencialmente retroalimentada, ou seja, quantos mais dados se tem, mais se precisa coletar e com mais qualidade, a fim de manter registros e acompanhamentos sistemáticos sobre longos períodos de tempo. Também nessa direção, cada região tende a zelar pela coleta de dados, pois que dados atualizados podem se traduzir em melhores tomadas de decisões locais e regionais. Os usuários da academia que se dedicam a pesquisas em saúde igualmente aumentam e fortalecem tal demanda.

Todavia, no diálogo entre os diferentes atores implicados com os sistemas de informação, é possível observar que interesses específicos levam-nos a encaminhar demandas distintas. Por um lado, usuários da academia e atores dos movimentos sociais ligados ao controle social, dentro e fora dos conselhos de saúde, tendem, como já mencionado, a demandar a ampliação de dados, em especial

no que se refere à inclusão crescente de indicadores socioeconômicos. Esta pressão pela ampliação de indicadores certamente está associada aos seus interesses em conferir visibilidade e potencializar maior conhecimento aos fenômenos que estudam ou em cuja causa eles militam. Por outro lado, quanto mais os atores se aproximam da gestão, seja dos próprios sistemas de informação, seja do cotidiano do SUS como um todo, mais o interesse tenderá para restringir a quantidade de dados, de modo a facilitar sua coleta, não sobrecarregar o fluxo do sistema e potencializar ganhos de qualidade dos dados. De toda forma, em ambas as tendências está presente o reconhecimento de que o DATASUS, por seu papel estratégico, sua legitimidade e pelos recursos institucionais e tecnológicos de que dispõe, constitui a instância que está mais bem habilitada a mediar esses conflitos de interesse. Nesse panorama, não se pode conceber os sistemas de informação em saúde sem o DATASUS e as linhas de ação que conformam o seu papel estratégico.

Entre as principais linhas de ação do DATASUS, os entrevistados por esta consulta realçaram o apoio para a capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde na incorporação dos sistemas de informação. Entretanto, vale destacar que os conselheiros ressaltaram a necessidade de dobrar e incrementar os esforços de capacitação para o controle social, incluindo em tais esforços, cada vez mais, os conselhos de saúde e os movimentos sociais. Defrontam-se, aqui, portanto, com uma dupla perspectiva, as seguintes carências: a de fortalecimento da cultura da informação, uma vez que a capacitação dos diversos atores do controle social potencializa o aumento do emprego fundamentado das informações; e a do desenvolvimento de uma cultura do controle social exercida com mais preparo e legitimidade.

A capacitação, no entanto, apesar das diretrizes citadas, merece, segundo os entrevistados, uma ressalva no que se refere à questão da falta de continuidade dos quadros de funcionários, problema que fica ainda mais agravado mediante a utilização do expediente da terceirização. Nas falas dos entrevistados, a defesa da importância da capacitação e as restrições à terceirização estiveram associadas à necessidade de se evitar ações pontuais. Além disso, foi enfaticamente apontada a necessidade do estabelecimento de critérios para que as atividades de capacitação e a gestão dos quadros sejam realizadas por parcerias com instituições ligadas organicamente às áreas de saúde pública e reforma sanitária, a fim de que não operem, portanto, necessariamente, segundo a lógica da prestação de serviços, como o fazem as OSCP e as empresas privadas.

Pelo visto nas entrevistas, níveis centrais e locais, tanto da gestão como do controle social, podem estar mais próximos. De igual forma, diálogos como a consulta realizada merecem ser aprofundados em futuros estudos que levem em conta o grande potencial e a urgente necessidade de produção de um conhecimento que alimente novas reflexões e práticas para os sistemas de informação em saúde. Foi para diálogos como este que o presente capítulo procurou contribuir.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em Perspectiva*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. *DATASUS: Trajetória 1991–2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. (Série CNS. Cadernos Técnicos, n. 6).
- BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase; Ibam, 1995.

CASTRO, H. A.; SILVA, C. G.; VICENTIN, G. Estudo das internações hospitalares por pneumoconioses no Brasil, 1984-2003. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 150-160, 2005.

CORREIA, M. V. C. *Que controle social?: Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DONADONE, J. C.; GRUN, R. Participar é preciso! Mas de que maneira? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 16, n. 47, p. 111-126, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 18, p. 47-55, 2002.

_____. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; Fase, 1986.

SANTOS, J. V. Tavares dos. Violências e dilemas do controle social nas sociedades da "modernidade tardia". *São Paulo em Perspectiva*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 3-12, 2004.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 366-378, 1992.

STRALEN, C. J. Van et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)

Álvaro Nascimento

A Ripsa foi criada em 1996, mediante ação conjunta do Ministério da Saúde e da Representação da Opas/OMS no Brasil, com o objetivo de desenvolver uma articulação interinstitucional para tornar públicos, de forma organizada e abrangente, dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências no país. Desde então, sua meta primordial tem sido elevar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população.

A idéia da Ripsa emergiu a partir do diagnóstico de um grupo de especialistas do Ministério da Saúde e da Opas/OMS que identificou uma “rede de problemas” e “nós críticos” relativos à saúde (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996). Entre os “nós”, a questão da informação figurava em praticamente todos os levantamentos de aspectos que deviam ser superados. O diagnóstico se somou ao papel da Opas no país, de atuar em pontos estratégicos e estruturais que dificultavam o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Dessa intersecção provieram as ações que criaram a Ripsa (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996).

Segundo os entrevistados, o Ministro da Saúde e o Secretário-Executivo aderiram à idéia da criação da Rede, conferindo autoridade ao grupo de especialistas para, em nome do Ministro, iniciar as articulações com pesquisadores e instituições. Para a constituição da Rede foram convidadas instituições envolvidas com a produção e a análise dos dados de saúde, com atuação estratégica na área de informação, envolvendo instâncias de gestão do Ministério da Saúde, órgãos do Ministério do Planejamento e instituições acadêmicas. Posteriormente, foram incorporados novos atores que representavam gestores das outras esferas administrativas da área da Saúde.

A Ripsa inaugurou uma nova forma de atuação da Opas no Brasil, na medida em que propunha um “termo de ação conjunta” não usual, no qual a Opas assumia o papel de co-gestora das ações, postura defendida como uma forma mais moderna de cooperação. Isso favoreceu os primeiros passos da Ripsa, já que a convocatória das reuniões, feita de forma conjunta entre o Ministério da Saúde e a Opas, conferia um perfil diferenciado à iniciativa. Segundo um dos entrevistados:

Isso não é comum. Isso foi um conceito aberto na época, que Armando Lopes Escavino levou para Washington e os convenceu que aquela era uma forma moderna de fazer cooperação, para criar um ambiente onde você fizesse a convocatória dessa dualidade, sendo do Ministério e ao mesmo tempo da Opas.

Os mecanismos de gestão definidos para o funcionamento da Ripsa incluem: (a) a Oficina de Trabalho Interagencial (OTI); (b) a Secretaria Técnica (ST); (c) os Comitês de Gestão de Indicadores (CGI); e (d) os Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI).

A OTI é o principal fórum colegiado, incumbido do planejamento participativo e da condução técnica dos trabalhos da Rede, com representação de todas as instituições que a compõem. Entretanto, segundo um entrevistado, também foi importante constituir a Rede com pessoas que tinham conhecimento sobre a geração e o uso das informações:

Organizamos a estrutura de coordenação da Ripsa e a força da Ripsa veio quando reunimos todas aquelas pessoas e construiu-se a OTI (...). A força da Ripsa é a força dessas pessoas que compunham a OTI e muito menos a força das instituições. Eram pessoas que de fato conheciam o problema tanto de geração como de uso de informações. O processo foi muito bem feito, pois de outra forma seria burocrático.

A programação de trabalho da Rede é definida na OTI e seu desenvolvimento é apoiado pela Secretaria Técnica.¹ Apesar de inicialmente ter sido subordinada à Secretaria-Executiva do MS (BRASIL, 1997), a ST já esteve alocada na Secretaria de Políticas de Saúde e no Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa) (BRASIL, 2000, 2002, 2003).

Atualmente, a Secretaria Técnica da Ripsa está novamente vinculada à Secretaria-Executiva do MS (BRASIL, 2006). Essas mudanças prejudicaram, segundo os entrevistados, a atuação da Rede.

Começou-se a se jogar com ela, enfraquecendo-a e não deixando claro quem fazia a coordenação do núcleo técnico (...). Pela importância que a Ripsa tinha, interessava a algumas pessoas que ocuparam um posto desses trazê-la para si. "Já que estou compondo a secretaria nova, traz a Ripsa". Ela era estratégica.

Houve divergências, entre os entrevistados, quanto à localização ideal da Secretaria Técnica. Na visão de alguns entrevistados, o melhor lugar para a coordenação técnica da Ripsa seria a Opas:

[No início,] o Ministério da Saúde (...) propôs [isso para] a Opas, como um agente neutro, capaz de dialogar com todas essas instituições, porque poderia haver competição entre elas e a Opas era um elemento neutro afastado disso. A Opas foi aceita como uma coordenadora da iniciativa.

O ideal para mim é que a Ripsa ficasse na Opas (...), por ser uma instituição realmente com mais experiência e [que ia] conseguir ser capaz de minimizar atritos que normalmente existem.

Outros depoimentos frisaram que, apesar de a Opas oferecer diversas vantagens iniciais – “espaço de negociação inigualável”, “grande capacidade de convocação” e “maior liberdade de crítica” –, ela não teria uma tradição de continuidade para esse tipo de iniciativa. Além disso, a direção nacional do SUS é exercida pelo Ministério da Saúde e, por isso, a Secretaria-Executiva do Ministério seria o lugar mais adequado para a Coordenação Técnica da Rede. Também deve ser considerada a visão de que o país deve ser o ente hegemônico do processo e que, portanto, a Opas não pode assumir o papel de coordenação, uma vez que há momentos em que algumas políticas devem ser questionadas de maneira mais firme, fato que criaria constrangimentos por ser ela uma instituição internacional.

Na minha visão, a Secretaria-Executiva do Ministério era o lugar certo, onde se fazia a coordenação interna do Ministério, a cobrança dos cumprimentos das metas. Resistências, veladas ou não, ficariam abaixo dela. O papel da Opas como espaço de negociação é inigualável.

Nesse contexto, a Opas tem sido o espaço de trabalho eleito para as reuniões da Ripsa, de modo a garantir maior liberdade de expressão aos seus participantes, enquanto que a coordenação da Rede está localizada na Secretaria-Executiva do MS.

O espaço de trabalho na Opas, onde as pessoas se sentem em liberdade para fazer suas críticas, para alterar conceitos, atritar na construção de uma boa informação (...), e do atrito com tolerância para você construir uma proposta e chegar a um ponto comum.

A constituição da ST foi abordada pelos entrevistados como um fator importante a ser considerado. Um dos entrevistados lembrou que o Ministério da Saúde, apesar de estar sempre presente, é representado por pessoas diferentes em curtos períodos de tempo, o que motiva que sua representação esteja sempre começando e, com isso, se fragilize.

O problema que eu vejo no Ministério da Saúde (...) [refere-se às] mudanças constantes que vêm ocorrendo ao longo destes anos, principalmente neste governo. O que

¹ A composição da Secretaria Técnica da Ripsa é designada pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

houve de mudança de responsáveis pela secretaria técnica é uma coisa impressionante. Isso é ruim. Eu acho que é ruim.

Entretanto, reconhece-se que, hoje, grande parte das instituições e das pessoas atendem às convocações da Rede, apesar de o grau de participação nos trabalhos variar de instituição para instituição.

Na primeira OTI, realizada em 1996, foi elaborada a versão inicial da matriz que serviu de base para o produto mais permanente da Rede: os *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB)*. Produzidos anualmente, os IDB são compostos por um grupo de indicadores cujo propósito é subsidiar a análise da situação de saúde e a formulação de políticas, por intermédio de informações fidedignas, atualizadas e facilmente acessíveis.

Posteriormente, foram instituídos os Comitês de Gestão de Indicadores, com as responsabilidades de garantir indicadores de qualidade, aperfeiçoar continuamente as bases de dados e padronizar conceitos. Os CGI são constituídos por profissionais envolvidos com a produção e o uso dos indicadores e são capacitados para realizar análises críticas de sua qualidade. São instâncias de trabalho técnico, ou seja, uma forma ampliada de participação de especialistas que detêm conhecimento específico sobre os assuntos abordados. Assim, nas reuniões dos CGI são discutidas, entre outras questões, a validade dos indicadores, suas limitações, sua pertinência e sua significância estatística. Os resultados dessas discussões são apresentados na OTI, que delibera sobre as sugestões dos grupos e faz os encaminhamentos necessários.

Foi um processo muito rico criar grupos que tratavam da compatibilização dessas várias bases de dados. Esse é um ponto fulcral do desenvolvimento de um bom sistema de informação para a saúde.

Todas aquelas instituições que preparavam os dados e as informações transmitiam [os dados] para a Ripsa, [onde] eram trabalhados e depois postos à disposição da Oficina Técnica Interagencial, para a deliberação final.

O processo de qualificação dos dados enfrenta “receios institucionais”, porque envolve a avaliação dos dados fornecidos pelas diferentes fontes, o que pode gerar críticas e constrangimentos às instituições participantes. A estratégia adotada foi apresentar as eventuais falhas na definição dos dados existentes, mas, ao mesmo tempo, propor ações conjuntas e construir estratégias de aperfeiçoamento, nas quais todos estejam incluídos como responsáveis pelo objetivo maior de melhoria daquele dado. A competência, a seriedade e a dedicação de quem faz a crítica e propõe mudanças ajudam na construção de um ambiente favorável para o aprimoramento dos dados divulgados pela Ripsa.

O produtor do dado se achava vigiado. Mas como ele é participante, membro do comitê, está no dia-a-dia daquela avaliação, (...) a solução foi incorporá-lo ao processo de crítica. (...) [O responsável pela base de dados] era convidado para resolver um problema que não era “dele”, mas era “nosso” problema. E a fonte é ele, que assina esse dado. Os mecanismos de consenso foram, nesse âmbito, chamando para trabalhar junto, consertar junto e oferecer a possibilidade de ele criticar outros. Inclusive a própria Ripsa convoca especialistas para ajudá-lo. Com isso, ele se sentia respaldado.

O processo de formulação dos indicadores, de acordo com os depoimentos, ampliou a consciência crítica sobre a necessidade dos cuidados que devem ser observados antes da divulgação e do uso dos indicadores, aperfeiçoando-os sem que fossem necessários grandes investimentos, mas articulando e somando esforços das várias instituições. Nos últimos dois anos, cresceram o intercâmbio e o esforço comum em busca da qualidade do dado, que ainda necessita ser melhorada.

Cada indicador dispõe de uma ficha de qualificação que contém definições conceituais e sugestões de uso, além de alertar sobre as limitações e informar tanto a fonte como o método de cálculo. Em 2002, as diversas fichas foram padronizadas e divulgadas em uma publicação considerada de grande utilidade e bastante utilizada no meio acadêmico e por gestores de saúde (ORGANIZAÇÃO

PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002). A necessidade de elaboração de uma ficha de qualificação para cada indicador novo, segundo um entrevistado, restringe a possibilidade de crescimento inconstante da matriz de indicadores.

[Isso] evitou que a matriz de indicadores inchasse por conveniências imediatistas. Quem propõe um novo indicador tem que propor a ficha. Essa ficha, logicamente, vai ser analisada pelo comitê (...). E se ele [o propositor] não tiver clareza da absoluta necessidade daquele indicador, ele não consegue construir a ficha.

Segundo os entrevistados, o estabelecimento de um conjunto de dados básicos e indicadores consistentes, atualizados, abrangentes e de amplo acesso – que foi apontado como o primeiro objetivo da Ripsa – foi alcançado não só porque os dados estavam disponíveis, mas também porque as instituições definiram metas que deviam ser atingidas. Nestes anos, as bases de dados se tornaram cada vez mais consistentes e se aperfeiçoou muito a qualidade da informação. Observa-se, nos depoimentos dos entrevistados, a preocupação com a ampliação do uso dos IDB para a área de gestão, assim como para profissionais de saúde, parlamentares e organizações sociais, mediante informações mais acessíveis a esses segmentos. Sua maior utilização realimentaria o processo de aperfeiçoamento da informação. Na perspectiva dos entrevistados, falta transformar esse esforço de produção dos IDB na geração de informes sobre a análise da situação de saúde e de tendências, segundo a metodologia adequada, e em torno de temas relevantes para a condução da política de saúde.

A gente aproveitaria a informação (...), geraria um pequeno informe específico (...) e a Ripsa viraria um instrumento de trabalho para políticas, para o gestor, para o parlamento (...). Completando dez anos, a Ripsa produziu alguns estudos, mas não estudos como se pretendia (...). [Ou seja,] um pequeno texto, enxuto, sobre a situação de saúde no país, fazendo uma prospecção sobre ela, apontando para o que deveria ser feito para mudar.

Não foi criada uma metodologia para (...) [produzir] estudos de situação e tendências (...) usando os dados como um instrumento para a tomada de decisões.

Os entrevistados afirmaram que não há um acompanhamento do uso dos dados, nem existe um fórum para isso. No máximo, registram-se “informações do meio acadêmico”, “comentários” e “sugestões”. Eles apontaram o importante papel que a academia tem nesse aspecto. Já em relação aos serviços de saúde, a opinião expressa em entrevista foi que:

Eles usam pouco os IDB porque, ao se olhar o dado, há de se meditar sobre ele, e o profissional do sistema de saúde não tem tempo para isso. Com relação ao parlamento e às instituições da sociedade, há necessidade de uma “tradução” dos dados em informação, fazendo uso dos processos de comunicação, para que esses segmentos possam entendê-lo e, eventualmente, até questioná-los, realimentando o processo de aperfeiçoamento da informação.

Uma das iniciativas importantes, ainda em processo de desenvolvimento, é o incentivo ao desenvolvimento, no âmbito estadual, de modelos de rede semelhantes à Ripsa, que tenham como um primeiro produto os IDB estaduais, que contenham dados dos municípios de cada estado. Segundo os entrevistados, o processo de criação desses IDB também terá que vencer resistências, dado o receio dos gestores locais de perder a hegemonia da informação própria.

Na medida em que essa idéia se propague, eu acho que vai começar a haver o envolvimento dos setores (...) organizados. Nem todos os estados têm equipes técnicas preparadas para implementar os IDB. (...) E é positivo na medida em que você teria um conjunto de pessoas preocupadas com a melhoria da qualidade das informações que vão ser trabalhadas. Isso eu acho que é fundamental. No caso dos estados do Norte e Nordeste, tem-se que avançar com cuidado e com uma assessoria. (...) Eu acho que esse lado seria altamente positivo.

Para os entrevistados, esse esforço impactaria positivamente na qualidade dos dados nacionais. Na medida em que se integra todo o país nesse processo, com o aprimoramento dos dados, algumas técnicas indiretas ainda usadas para cálculo dos indicadores deixarão de ser necessárias.

A OTI também tem a atribuição de constituir os Comitês Temáticos Interdisciplinares, de caráter temporário, com o objetivo de aprofundar a análise de questões específicas de relevância para subsidiar a implantação da política de informação em saúde.

Os grupos temáticos reunidos nos CTI atuam de maneira autônoma, de acordo com a proposta de trabalho apresentada e aprovada pela OTI. Dada a diversidade de temas que têm abrangência e natureza distintas, os CTI têm como resultados produtos bastante variados, incluindo: (a) harmonização de conceitos, definição de padrões e tecnologias para transferência de documentos dos sistemas, garantindo segurança dos dados e máximo aproveitamento das fontes de informação; (b) avaliação e sugestões sobre indicadores de monitoramento para os temas analisados; (c) recomendações de portarias que devem ser publicadas pelo MS visando à operacionalização das propostas encaminhadas; (d) publicações contendo conceitos importantes para a análise e a interpretação dos dados e dos indicadores; (e) recomendações sobre a criação de grupos de trabalho para definir programas de capacitação que envolvam o acesso e o uso das informações; e (f) criação de fóruns permanentes de discussão intersetorial.

Ainda que o caráter interagencial esteja presente em todas as instâncias de trabalho da Ripsa, é particularmente nos CTI que sua manifestação aparece mais consubstanciada, na medida em que algumas informações necessárias para a formulação da política de informação em saúde – como as relativas a acidentes de trânsito, saneamento e acidentes de trabalho – estão fora do domínio do Ministério da Saúde. Assim sendo, segundo os entrevistados:

A Ripsa tem promovido o intercâmbio entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Previdência e da Justiça (...) e inaugurou, portanto, uma era em que o dado não interessa só àquelas instâncias onde o sistema está fisicamente instalado, mas interessa a outros sistemas também.

Entretanto, os entrevistados foram unânimes quanto às dificuldades que o Ministério da Saúde encontra para apostar na intersetorialidade, optando por atuar nos estreitos limites da saúde, resistindo em vê-la como resultado das demais políticas públicas. Na avaliação dos entrevistados, apesar de esse entendimento amplo de saúde estar inscrito na Constituição, o Ministério não possui uma organização interna que incorpore essa lógica.

Ainda no âmbito da relação entre a Ripsa e o MS, conforme expresso nas entrevistas, após 10 anos de trabalho, é possível perceber uma dificuldade de interlocução com o MS, o que gera uma fadiga institucional na Ripsa, pois suas recomendações dificilmente têm sido absorvidas pelas ações do MS.

As instituições (...) perderam aquele impacto inicial de construir novidades, de se buscar novas fórmulas de intercâmbio, de relacionamento.

Ela tem prestígio e reconhecimento, mas não consegue efetivamente alterar as políticas.

Para vencer tal dificuldade, os entrevistados apontaram a necessidade de dar continuidade à idéia de elaboração de documentos de natureza sintética, que seriam encaminhados às autoridades públicas para que fossem debatidos e encaminhados ao Ministro da Saúde, com o objetivo de possibilitar que essas iniciativas passem a constituir parte de sua agenda habitual. Um avanço nesse sentido foi a criação, em 2006, de um CTI para implantar um modelo preliminar de estudos situacionais.

Seu primeiro passo será um relatório de conjuntura com base no que já foi prospectado.

A despeito da necessidade de solucionar o conjunto das dificuldades apontado nas páginas precedentes, os entrevistados corroboraram a visão de que a concepção da Rede continua válida e única na América Latina.

Nenhum desses países construiu algo como a Ripsa, que se constitui, portanto, numa importante inovação. O exemplo que mais se assemelha, no que diz respeito à busca da qualidade do dado e ao seu uso no planejamento, é o de Cuba, que, ao avançar no processo de descentralização, usa esse conjunto de indicadores básicos tanto em âmbito nacional como nas províncias e nos entes municipais.

Ainda no que tange à avaliação sobre a pertinência e os aspectos positivos da Rede, um outro ponto ressaltado pelos entrevistados foi o reconhecimento do papel exercido pela Ripsa na promoção da articulação entre as instituições, gerando indicadores de boa qualidade a partir da análise crítica de dados e das informações. Na perspectiva apresentada pelos entrevistados, as análises de situação, tendências e prospecção identificariam a necessidade de geração de informação de base populacional mediante inquéritos nacionais e estaduais, complementando as informações geradas pelos sistemas administrativos e epidemiológicos.

Ao mesmo tempo, foi salientado nas entrevistas que a articulação promovida pela Ripsa contribuiu para a construção do sistema nacional de informações em saúde, promovendo o diálogo e a comunicação entre os diversos sistemas e evitando a duplicação de informações. Nessa perspectiva, o processo de consulta revelou que, dadas a sua concepção e sua atuação como espaço privilegiado de discussão intersetorial, a Ripsa reúne as condições para ser o ambiente ideal para a construção de uma política de informação para a saúde com a abrangência necessária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Informação sobre a situação de saúde no Brasil: construção de uma Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa): Primeira Oficina de Trabalho Interagencial*. Brasília: OPAS, 1996. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 398, de 12 de abril de 2000. Institui a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 abr. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 495, de 10 de março de 2006. Determina a reestruturação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 820, de 25 de junho de 1997. Fica instituída a Rede Integrada de Informações para a Saúde – Ripsa no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.919, de 22 de outubro de 2002. Institui a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.004, de 17 de outubro de 2003. Determina a reestruturação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2002.

REUNIÃO DE AVALIAÇÃO CONJUNTA DE COOPERAÇÃO DA OPAS/OMS NO BRASIL, 2006, Brasília. *Informe final*. Brasília: OPAS, 1996. Documento BRA/REC/96/13(P). Mimeografado.

Considerações Finais

Francisco Viacava
Célia Leitão Ramos

A consulta empreendida junto a gestores e usuários dos sistemas de informação teve como ponto de partida um conjunto de tópicos e aspectos já conhecidos e apontados por diversos autores, de modo que tem sido objeto de discussão em vários fóruns e eventos científicos da área da Saúde. Tais questões nortearam todos os passos deste trabalho, desde a confecção mesma dos roteiros das entrevistas. Dessa forma, tal investigação buscou o aprofundamento de alguns desses pontos de discussão, por intermédio das falas de pessoas qualificadas que, focalizando o cotidiano do gerenciamento dos sistemas e do uso das informações, foram apresentadas, em seus aspectos relevantes, nos textos que constituíram os capítulos precedentes.

A metodologia utilizada permitiu identificar os pontos fortes dos sistemas, bem como seus principais problemas e as estratégias de sua superação, de acordo com o que foi enfatizado no processo de consulta. Ao mesmo tempo, a abordagem empregada procurou destacar os processos e aspectos considerados relevantes para o entendimento da questão em pauta, quais sejam: descentralização, cobertura e completude dos registros, formas de disseminação e de uso das informações, recursos humanos e comunicação entre os sistemas.

DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Com o advento do processo de municipalização, observou-se uma radicalização na descentralização dos sistemas de informação em saúde, sem que houvesse um processo cuidadoso de transferência de responsabilidades do nível central para os demais.

Um aspecto positivo destacado por todos os gestores foi que mesmo nos sistemas que foram criados de forma centralizada, como o SIH, é possível verificar que, com o processo de municipalização, foram progressivamente introduzidas alterações na forma de coleta e no fluxo dos dados. Isso resultou em aumento do uso das informações no nível local, em virtude da valorização da informação como mecanismo fundamental para gestão e avaliação das ações em saúde desenvolvidas nesse nível.

Ainda que nenhum entrevistado tenha se mostrado contrário à descentralização, foram registrados pontos de vista diferentes, dependendo do lugar a partir do qual o entrevistado falou. Assim, para os níveis de gerenciamento mais centrais (federal ou estadual), a descentralização poderia trazer dificuldades devidas à precariedade dos recursos humanos e materiais para investigar os eventos no nível local, principalmente naqueles com menos recursos e onde a capacitação dos recursos humanos é mais problemática. Todavia, para os gestores municipais entrevistados, a qualidade da informação melhora com a descentralização, porque o gestor está mais próximo do local de ocorrência dos eventos e consegue melhorar a qualidade dos registros e das notificações de maneira mais ágil. No caso do Sinan, os depoimentos sugeriram que a descentralização dos sistemas para as unidades de saúde pode ter causado a duplicação de registros, mas, ao que parece, foi justamente a busca de superação desses problemas que serviu de estímulo à melhor padronização e compatibilização dos dados.

Para aqueles entrevistados que vivenciaram a implantação do SIM, feita de forma simultânea em todo o país, este foi um processo altamente desgastante, dadas as dimensões do território nacional e as dificuldades de comunicação prevalentes nos meados da década de 70. Entretanto, essa expe-

riência beneficiou o processo de implantação do Sinasc, nos anos 90, feita de forma descentralizada desde seu início, pois que o movimento pela municipalização já se encontrava em andamento no país. Nesse caso, segundo os gestores entrevistados, a descentralização permitiu maior rapidez na identificação de situações de risco do recém-nascido no nível local e a conseqüente adoção mais imediata de medidas preventivas e curativas.

Outro aspecto que apareceu como ponto positivo foi a avaliação de que a descentralização significou um aumento da responsabilidade dos municípios para com a organização e a gestão dos sistemas e, em última análise, para com a qualidade da informação. Nessa perspectiva, a descentralização significou também maior agilidade na transmissão dos dados e na organização dos fluxos das informações. Além disso, foi salientado que a responsabilidade pela qualidade do dado permite que seu uso seja uma prática incorporada aos serviços.

A descentralização constitui um tema permanentemente em pauta, segundo os depoimentos que foram feitos para essa investigação. Isso pôde ser bem observado nas falas referentes ao DATASUS, que – por ser uma instância central e em função de sua missão – tem que necessariamente se preocupar com esse conflito latente. A ampla disseminação das informações, feita mediante o desenvolvimento de ferramentas para tabulação dos dados, e a divulgação dos dados municipais no Caderno de Informações de Saúde foram soluções encontradas para superar a situação.

Há um consenso, com base na fala dos gestores federais, que os dados “têm que ser trabalhados” pelo nível local. Em linguagem franca, admite-se que o “dono do caso é o município” e, portanto, é preciso haver autonomia no nível local. Tal autonomia, contudo, esteve, nestes depoimentos, vinculada à necessidade de garantia de alimentação adequada do sistema para o âmbito federal, pois que entre os gestores federais foi detectado o receio de que a falta de recursos no nível local possa retardar a consolidação dos diferentes bancos de dados no nível central. Por seu lado, os entrevistados que atuam no nível local reconhecem a necessidade de consolidação dos dados no âmbito federal, mas alegam que não podem ficar à espera do dado consolidado para tomar decisões. Há um entendimento de que o nível de autonomia tem que ser de tal ordem que possibilite ao nível local o desenvolvimento de sistemas próprios que incluam não só dados requeridos pelo nível central, mas também aqueles considerados necessários para orientar as ações de saúde nas áreas sob sua responsabilidade. Essa relação entre os níveis local e central ficou evidenciada na consulta como um processo que está em permanente construção.

Em suma, existe uma tensão no âmbito das instâncias centrais no que se refere à conjugação do desempenho de seu papel estratégico no nível nacional e à necessidade de não atuar de modo centralizador, ou seja, os gestores, em todos os níveis, reconheceram a necessidade do núcleo central do Estado em contar com informações sobre o país como um todo, mas, por outro lado, também reconheceram que isso não deve significar uma centralização das decisões. O autoritarismo do passado recente do país, somado à ainda precária experiência democrática das instituições brasileiras, ao longo de todo o século XX, tornam essa questão ainda mais delicada (ALMEIDA, 1998; GERSCHMAN; VIANA, 2005).

COBERTURA DOS SISTEMAS E COMPLETEZ DOS REGISTROS

A cobertura dos sistemas de saúde constitui uma das dimensões mais importantes de sua avaliação e diz respeito à proporção de casos existentes que é registrada. Para o cálculo da cobertura é, portanto, fundamental ter uma estimativa total das ocorrências, o que é feito por intermédio de diversas metodologias, dependendo do foco de cada sistema de informação.

Os depoimentos dos entrevistados indicaram que a cobertura varia tanto entre os sistemas abordados como no âmbito de um mesmo sistema e depende fortemente da organização dos serviços

de atenção à saúde em cada localidade. Até mesmo no caso do Sinasc, que se destaca dentre todos os sistemas pelo alto índice de cobertura, existem variações ao longo do país, tendo sido destacado pelos entrevistados o pior desempenho nas regiões Norte e Nordeste. Isso provavelmente também ocorre com os demais sistemas de informação.

A coleta de dados diretamente nos hospitais é um fator que, segundo os entrevistados, explica a reconhecida boa cobertura do Sinasc desde sua implantação. No que se refere ao SIM, os entrevistados foram unânimes em afirmar que, apesar de ser muito menor, a cobertura tem aumentado ao longo do tempo e que parte da deficiência na cobertura seria devida à tendência de superestimação resultante da metodologia utilizada pelo IBGE para estimar os óbitos esperados.

Segundo um pesquisador entrevistado, é muito mais difícil estimar a cobertura no caso do Sinan, uma vez que não se conhece o universo dos casos que deveriam ser notificados. Para os gestores, a cobertura é bastante variável no caso dos vários subsistemas que compõem o Sinan, mas foram apontados os esforços que têm sido feitos, em todos os níveis administrativos, para corrigir a subnotificação, assim como a duplicação de registros nos bancos de dados. Nenhum entrevistado, nem mesmo gestores, deixou de reconhecer os vários fatores que interferem no grau de cobertura dos diversos subsistemas: falta de padronização das unidades de notificação, as diferentes interpretações que os gestores locais podem ter sobre o que deve ou não ser notificado e quando, a maior notificação para doenças cujo tratamento é vinculado ao fornecimento de medicamentos pelo setor público, bem como a resistência do setor privado em notificar algumas doenças (e.g. as sexualmente transmissíveis). Por outro lado, deduz-se das falas dos entrevistados que a cobertura do Sinan espelha as deficiências e os êxitos associados ao desempenho da rede assistencial e, mais especificamente, da vigilância epidemiológica em cada localidade.

Enquanto nos três sistemas mencionados a cobertura, como foi dito, é dada pela proporção de eventos que o sistema consegue captar, no caso de sistemas administrativos, como o SIH, a cobertura por definição seria de 100%, quando se consideram as internações hospitalares pagas pelo SUS. Entretanto, ainda que o SIH seja uma base de dados que contém todas as internações realizadas no setor público e no setor privado contratado pelo SUS, a cobertura do SIH não pode ser considerada integral em razão de dois motivos. Em primeiro lugar, ainda que mais recentemente grande parte das unidades públicas tenha passado a fazer parte do SIH, há algumas unidades públicas federais cuja produção não alimenta o SIH. Em segundo lugar, a existência de tetos financeiros para estados, municípios e até para alguns hospitais de maior porte, apesar de ter sido reconhecida pelos entrevistados como prática necessária para controlar o faturamento dos hospitais, permite que prevaleça uma lógica que estimula a seleção de procedimentos que são encaminhados para pagamento (constante do teto estabelecido) e provoca distorções no perfil das internações registradas. Por outro lado, a não-inclusão das internações do setor privado (não contratado pelo SUS) impede que os dados possam ser considerados representativos do conjunto das internações hospitalares. Assim, ao contrário da base universal dos demais sistemas, o SIH cobre apenas uma parte das internações hospitalares. Entretanto, o grande volume de internações anualmente registradas – em torno de 12 milhões – autoriza o uso do SIH para “análises epidemiológicas”, segundo um dos gestores entrevistados. Outros entrevistados assinalaram que, ainda que seja considerada essa parcialidade, os dados do SIH devem ser analisados de forma muito criteriosa, dadas as restrições já mencionadas e outras associadas à fragilidade conceitual de campos importantes como, por exemplo, os que contêm os diagnósticos das internações.

Algumas estratégias para ampliar o grau de cobertura dos sistemas foram mencionadas. No Sinasc, por exemplo, foi ressaltada a importância de melhorar a cobertura pela busca ativa de nascimentos nos serviços e cartórios, pela notificação ao conselho tutelar, quando se identificam nos serviços crianças sem registro civil, e pelo acompanhamento mais intensivo que já vem sendo feito sobre a cobertura e a qualidade dos dados nas regiões Norte e Nordeste. O fortalecimento dos programas

de atenção básica e a extensão do Programa Saúde da Família, associados à introdução de mecanismos de gestão pactuada, foram vistos como estratégias importantes para melhorar a cobertura e a qualidade da informação no SIM. Contudo, é preciso ter em mente, aqui, que a efetividade dessa estratégia, contudo, depende do grau de integração dos sistemas de atenção à saúde no nível local.

No caso do Sinan também foi preconizada a busca rotineira de casos subnotificados tanto a partir de informações existentes em outros sistemas quanto diretamente nos serviços. Quanto à vinculação de incentivos financeiros à notificação, os gestores sugeriram que seria mais vantajoso que esses incentivos estivessem vinculados à demonstração do uso dos dados para planejamento e avaliação das ações de saúde, o que evitaria simultaneamente eventuais distorções e a notificação incompleta de casos. Os gestores também reforçaram a importância da notificação negativa como uma ferramenta de controle eficiente dos agravos considerados erradicados ou sob controle e sugeriram maior rigor no cumprimento dessa norma.

Como uma das estratégias de superação dos limites advindos da exclusão do setor privado no SIH, os entrevistados defenderam o desenvolvimento de instrumentos legais que viabilizem a pactuação com o setor privado não conveniado, visando ao fornecimento de um mínimo de informações, com regularidade e qualidade, sobre suas internações. Também foi mencionada a iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em exigir que as operadoras dos planos de saúde obriguem os provedores de serviços a fornecer informações sobre os procedimentos realizados. Ao mesmo tempo, foi igualmente ponderado que, com a introdução do SIH Descentralizado (SIHD), os vieses de cobertura introduzidos pelos tetos financeiros municipais e institucionais tendem a ser contornados, uma vez que todas as AIH, e não apenas as enviadas para faturamento, deverão ser registradas.

Além da cobertura dos sistemas, a qualidade das informações depende, fundamentalmente, de outros dois aspectos: a completude dos registros e o adequado preenchimento dos campos, o que pressupõe a compreensão dos conceitos a eles subjacentes. Nessa consulta, houve uma ênfase, por parte de gestores e usuários, não apenas no que se refere à necessidade de crescente ampliação da cobertura, mas também no que tange à completude progressivamente maior dos registros, o que significa uma busca por melhor qualidade das informações geradas pelos diferentes sistemas.

A redução na proporção de óbitos por causas mal definidas, atualmente em torno de 11,5% (BRASIL, 2005), reflete, segundo alguns dos usuários, a importância dos investimentos nos programas de atenção básica. É sempre bom lembrar que parte dos óbitos com causa mal definida decorre da precariedade da atenção e não de problemas inerentes ao sistema de informação. Assim sendo, qualquer melhoria nos serviços reflete a melhoria nas informações.

Outro aspecto que atesta a melhoria da qualidade das informações diz respeito à maior completude dos registros, principalmente em relação aos campos que geram informações importantes para a análise das desigualdades sociais em saúde. As informações de caráter social, que foram introduzidas mais tardiamente no SIM, no Sinasc e no Sinam, por determinação de portaria ministerial (BRASIL, 1998), apresentavam muitas omissões até recentemente. Entretanto, os gestores ressaltaram que já são observados avanços importantes no que se refere ao preenchimento do campo escolaridade, principalmente nas capitais. O mesmo não se pode dizer para as variáveis renda e ocupação, consideradas de difícil preenchimento.

Além dessas melhorias, que devem ser atribuídas ao empenho do nível local, foi também mencionado que a qualidade das informações e a redução dos sub-registros nos três sistemas ligados à área de vigilância (SIM, Sinasc e Sinan) devem-se também ao papel indutor do Ministério da Saúde. Nesse sentido, foram considerados importantes os mecanismos de pactuação desenvolvidos com os estados e os municípios, nos quais os indicadores gerados pelos sistemas de informação têm papel fundamental para a transferência de verbas federais. O Ministério da Saúde teve um papel significativo no tocante a apoio técnico, tanto no que se refere à qualificação dos profissionais quanto

no monitoramento da qualidade das informações geradas pelos sistemas. O apoio técnico foi ainda mais fortalecido com a criação do Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis).

O desenvolvimento de indicadores de acompanhamento da qualidade dos sistemas e o apoio a projetos específicos em determinadas localidades, por parte do nível central, também foram apontados como iniciativas positivas. O estabelecimento de parcerias, principalmente com estados e municípios onde a cobertura e a completude dos sistemas são mais precárias, pode ser visto como “boa prática”.

No caso específico do SIM, a busca por melhor qualidade das informações está intimamente ligada à capacidade dos gestores em garantir, cada vez mais, que os médicos preencham os atestados de óbito sem desprezar nenhum campo. Para tanto, o Centro Brasileiro de Classificação Internacional de Doenças (CBCD) atua de diversas formas com associações de profissionais médicos, como os conselhos regionais de medicina, procurando incentivar os médicos a cumprir essa atribuição com maior responsabilidade, o que garantiria melhor qualidade no preenchimento da DO, especialmente dos campos relacionados à causa básica do óbito.

No caso do SIH infere-se, das entrevistas com usuários, certa insatisfação, na medida em que o aumento da complexidade do sistema não se fez acompanhar de investimentos na melhoria do controle de qualidade, a fim de superar a ausência de mecanismos eficientes e permanentes de controle e auditoria da qualidade. Uma das sugestões oferecidas pelos entrevistados foi a constituição de um sistema de ações de auditoria permanente, com revisão periódica de amostras de prontuários. Um passo essencial, nessa direção, foi identificado na proposta de um dos consultados, da disponibilização dos dados da AIH, com identificação do paciente, para fins de auditoria.

O papel indutor do Estado em prol da melhor qualidade das informações desse sistema também foi lembrado por gestores e usuários quando apontaram a Programação Pactuada Integrada (PPI) como um incentivo à melhoria da qualidade dos dados do SIH, já que a avaliação do cumprimento das metas do PPI também inclui indicadores por ele gerados.

Ainda no caso do SIH, outra melhoria salientada nas entrevistas concerne ao preenchimento do campo do código de endereçamento postal (CEP) dos municípios, de residência e de atendimento, o que é fundamental para a alocação mais adequada de recursos federais. Foi destacada a importância de se preencher o campo que identifica o provedor dos serviços, que poderia gerar informação mais precisa sobre os responsáveis diretos pela qualidade da assistência prestada.

Um ponto importante, evidenciado pelas entrevistas, refere-se às expectativas de obtenção de maior confiabilidade em relação aos diagnósticos, que deverá ocorrer com a introdução do SIHD. Isso porque as AIH passarão a ser preenchidas por profissionais de saúde e não por “faturistas”. Com isso, o sistema passará a ser uma fonte importante de dados para traçar o perfil de morbidade da população. Além dessa mudança, o fato que todas as AIH, e não apenas as que são constantes do teto, deverão ser apresentadas foi visto pelos entrevistados como fator importante para que o viés do perfil de morbidade, resultante dos atuais tetos financeiros, deixe de existir.

Alguns pontos que constavam dos roteiros das entrevistas – tais como a frágil conceituação dos campos de diagnóstico principal e secundário e as já mencionadas distorções provocadas pela seleção de procedimentos, dada a necessidade de utilização de tetos financeiros – não chegaram a ser devidamente desenvolvidos nas entrevistas. Da mesma forma, embora a equidade esteja entre os princípios do SUS, não houve intenção manifesta por parte dos gestores sobre a necessidade apontada pelos pesquisadores da inclusão de variáveis no SIH, o que seria fundamental para analisar as desigualdades sociais no uso dos serviços de saúde pelos diversos estratos sociais.

DISSEMINAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Entre usuários e gestores, foi opinião unânime que a disponibilização dos dados para os níveis locais é um fator importante para garantir a qualidade das informações, já que apenas por intermédio de sua análise será possível garantir o aprimoramento dos sistemas. Desde a sua criação, o DATASUS trabalha no sentido de harmonizar as dimensões política e técnica, levando em conta a privacidade dos indivíduos e a disponibilização dos dados na forma mais adequada para a gestão. Nota-se, nas entrevistas, a grande preocupação dos técnicos com o desenvolvimento de recursos humanos e tecnológicos para a coleta, a produção, a análise e o uso de dados na gestão dos serviços.

Por outro lado, como instância do nível central, o DATASUS tem que gerenciar as demandas que surgem em função das necessidades de informações a partir das diferentes lógicas dos usuários, que nem sempre constam dos sistemas informatizados. O dilema que se apresenta aos técnicos do DATASUS está em atender tais demandas, que implicam ampliação dos sistemas, sem que isso acarrete declínio no seu desempenho.

Houve consenso entre os entrevistados sobre os avanços de desempenho alcançados pelo DATASUS a partir da década de 90, mediante o desenvolvimento de aplicativos (TabWin e TabNet) dirigidos para a tabulação dos dados e sua visualização em gráficos e mapas. Também foram lembradas a divulgação por meio de CDs com microdados do SIM, do Sinasc e do SIH, a geração dos Cadernos de Informação de Saúde – que contêm informações provenientes de todos os sistemas para cada município – e a página eletrônica do DATASUS. No nível local, nota-se uma ampliação da divulgação dos dados estaduais e municipais por coletâneas e boletins periódicos. O conjunto dessas publicações, que merecem um estudo mais aprofundado, pode tornar visíveis aspectos do nível local que ficam obscurecidos nas publicações de caráter nacional, como, por exemplo, a notificação dos agravos mais próxima à data em que ocorreram. Conforme salientado pelos entrevistados, essas iniciativas podem contribuir para a superação de dificuldades mencionadas por alguns gestores, tais como o uso adequado dos aplicativos, e podem melhorar o diálogo entre os vários níveis administrativos, em seus aspectos técnicos e políticos.

Diversos gestores fizeram menção à importância da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), evento anual organizado pelo Ministério da Saúde que reúne gestores dos diversos níveis administrativos. Seu objetivo é permitir a aproximação entre profissionais das áreas de serviços e de instituições de ensino e pesquisa, para intercâmbio, divulgação e avaliação de experiências e práticas referentes à gestão e ao uso dos dados gerados pelos sistemas de informação (EXPOEPI, 2006).

Quanto à defasagem entre a coleta e a divulgação dos dados, não existe um padrão uniforme, isto é, existem variações de sistema para sistema. Os dados divulgados mais rapidamente são os relativos às internações hospitalares, cuja defasagem é de poucos meses, quando se referem apenas ao movimento mensal. Dados anuais consolidados para o país são divulgados no prazo de 1 a 2 anos. Já para os sistemas que ficam sob gerência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SIM, Sinasc e Sinan), a defasagem é maior, mas tem diminuído e situa-se, atualmente, na faixa de 3 anos. Esses tempos foram considerados aceitáveis, por parte dos usuários e gestores consultados, e iguais ou até menores do que os padrões referidos internacionalmente. Na época em que foram feitas as entrevistas havia grande expectativa em relação à introdução do Sinan-NET, visto pelos gestores como uma ferramenta que permitiria a alimentação, a tabulação, a crítica e a revisão dos dados do Sinan em período de tempo mais curto.

Entre as estratégias de superação de problemas relativos à disseminação e à análise dos dados, foram destacados: a criação de um sistema de consolidação e divulgação dos dados, com acesso diferenciado para usuários e gestores municipais; o desenvolvimento de interfaces mais amigáveis para os aplicativos criados pelo DATASUS; a divulgação dos dados por boletins e páginas eletrônicas,

mostrando as especificidades de cada região de saúde, com linguagem mais facilitada e adequada; e a elaboração de mapas para facilitar a visualização dos eventos e agravos, o que facilitaria o uso das informações pelos conselhos municipais de saúde, pelos sindicatos e pelas associações.

O uso que os conselheiros fazem dos dados, por intermédio dos instrumentos desenvolvidos pelo DATASUS, concentra-se mais na fiscalização de recursos do que no uso da informação para o planejamento e na avaliação das ações em saúde. Entretanto, é importante destacar que, segundo a consulta aos conselheiros de saúde, está havendo um esforço crescente no sentido de diversificar sua agenda. Isso pode fortalecer os conselhos de saúde como instâncias capazes de estabelecer prioridades que associem o acompanhamento da alocação de recursos às demandas relacionadas à situação de saúde e ao uso dos serviços.

Na referida consulta, houve interesse em levantar alguns fatores que estariam dificultando que os conselhos tivessem esse papel.¹ Entre eles foram ressaltados os fatores apresentados a seguir.

- A falta de familiaridade dos conselheiros com as tecnologias que permitem o acesso e a exploração dos bancos de dados para gerar informações relevantes ao controle social.
- A multiplicidade de sistemas que devem ser consultados exige um bom domínio dos conteúdos, o que implica grande disponibilidade de tempo e dedicação. Uma das preocupações dos conselheiros é que os diversos sistemas podem gerar informações discordantes e, conseqüentemente, induzir à falta de confiabilidade nos sistemas.
- A natureza da relação entre secretarias de saúde e conselhos dificulta estabelecer as verdadeiras atribuições de ambos, já que os presidentes dos conselhos são, muitas vezes, os secretários de saúde. Com foi expresso pelos conselheiros, é difícil estabelecer uma agenda própria aos conselhos, na medida em que estes têm que responder às demandas dos níveis centrais no que se refere aos pactos de gestão e aos programas de transferência de renda.

Não obstante os problemas de ordem técnica, é preciso dizer que os conselhos valorizam a importância do trabalho de disponibilização das informações que vem sendo desenvolvido pelo DATASUS. Por outro lado, a consulta revelou que os técnicos do DATASUS conhecem as dificuldades apontadas pelos conselheiros em função do diálogo permanente entre técnicos e conselheiros. Nesse sentido, busca-se desenvolver interfaces mais amigáveis, que promovam maior e melhor uso das informações.

Outras dificuldades encontram-se situadas no âmbito da prática política e só podem ser resolvidas após discussões e a busca de consenso. A partir desse contexto é que podem surgir conselhos mais autônomos e mais representativos da sociedade civil (GERSHMAN; VIANA, 2005; LABRA, 2005).

RECURSOS HUMANOS

Os avanços no processo de descentralização, a necessidade de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade das informações justificam a grande preocupação dos gestores com a qualificação dos profissionais que alimentam os sistemas. Sobretudo porque, além dos profissionais que já atuam nessa área, a introdução contínua de novas tecnologias e mudanças nos processos de trabalho demanda constantes atualizações e treinamento. Por exemplo, com a recente introdução do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), os dados das AIH passaram a ser alimentados por profissionais de saúde e não apenas por integrantes do quadro administrativo, como era feito anteriormente. Da mesma forma, no Sinan, quando as unidades de saúde passarem a atuar diretamente como fonte de notificação e alimentação do sistema, também haverá a necessidade de planejar a qualificação de recursos humanos.

¹ Como o objetivo da consulta era a identificação de boas práticas, um dos critérios utilizados para selecionar os conselheiros entrevistados era que o respectivo conselho tivesse acesso à *internet*. Assim sendo, as dificuldades aqui apontadas não incluem aquelas relacionadas à acessibilidade dos sistemas de informação.

Os entrevistados reconheceram que os aspectos positivos associados ao desenvolvimento dos sistemas de informação se devem, em grande parte, ao papel desempenhado por aqueles que – desde o início até hoje – se dedicaram a fazê-los funcionar e atingir o patamar em que hoje se encontram. Tal fato é mais evidente no caso do SIM e do Sinasc, nos quais a associação entre os gestores dos sistemas e pesquisadores ocorreu desde sua idealização, que tinha como base o uso estratégico das informações, tanto para a análise da situação de saúde quanto para a formulação de políticas e planejamento das ações. Esse foi o embrião a partir do qual se constituiu a cultura em torno da questão da informação em saúde, na qual um dos traços mais característicos é o papel dos gestores. Nesse contexto, eles são percebidos como profissionais altamente comprometidos e imbuídos de responsabilidade, cientes de sua atuação numa área estratégica para a formulação e a execução das políticas de saúde.

Os gestores e técnicos do DATASUS, antes mesmo do processo de incorporação deste à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, percebiam que, a fim de garantir o uso estratégico que se esperava das informações, era necessário criar mecanismos que facilitassem sua disseminação e o seu uso. Em retrospecto, o que se nota, a partir da década de 90, é que, apesar de uma ausência de política explícita para a questão da informação, criou-se um ambiente favorável ao modelo de ampla disponibilização que hoje existe e que estimula debates em torno da qualidade dos dados e do aprimoramento do sistema.

Entretanto, o consenso em torno dos êxitos alcançados é contraposto por um outro, relacionado com os problemas que ainda prevalecem devido à falta de uma política que priorize a alocação de recursos humanos qualificados para atender uma demanda que tende a se tornar cada vez mais complexa. Entre esses problemas, mereceu destaque dos entrevistados a baixa qualificação dos profissionais, que se manifesta nas dificuldades no manuseio e na análise dos dados. A superação desse problema tem sido buscada com a implementação de treinamentos periódicos, que percorrem as diferentes etapas de gestão, desde sua alimentação até a análise dos dados nos vários níveis administrativos, levando em conta a especificidade de cada sistema.

Entretanto, a eficiência desse processo tem se mostrado limitada em função de vários fatores, sendo que talvez o mais importante seja a precariedade dos vínculos de trabalho, que provoca muita rotatividade dos profissionais nos serviços. Isso aponta para a necessidade de criar mecanismos que garantam a permanência das pessoas, pelo menos por um dado período de tempo, no desempenho das tarefas para as quais foram capacitadas. Também foi mencionada, nas entrevistas, a necessidade de aprimorar os critérios para selecionar as pessoas designadas para que recebam treinamento, já que muitas delas não pertencem ao quadro permanente das secretarias de saúde. Outro aspecto a ser considerado refere-se aos médicos residentes, cujo desempenho em relação à notificação é bem avaliado, mas sua condição de transitoriedade exige que o processo de treinamento seja contínuo, o que acaba sobrecarregando o quadro permanente. Os entrevistados reiteraram também que é preciso encontrar formas efetivas de se conscientizar os médicos sobre a necessidade de que preencham corretamente os dados de sua exclusiva competência. Nesse caso, os núcleos de vigilância epidemiológica, que estão sendo implantados em alguns hospitais universitários, podem vir a constituir experiências de êxito, já que vêm contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura de notificação.

A coexistência de várias portarias e as mudanças freqüentes nos instrumentos de coleta de dados foram consideradas práticas prejudiciais para o bom desempenho dos profissionais. De maneira geral, as entrevistas enfatizaram a necessidade de valorizar, de forma mais concreta, os sistemas de informação, aumentando o investimento na capacitação dos quadros permanentes. O retorno disso poderia se traduzir na existência de núcleos mais familiarizados com as chamadas tecnologias de informação e comunicação e com maior capacidade de atender a complexidade da demanda gerada pelo SUS e pela sociedade.

Não obstante as falhas apontadas, bem como a enumeração de tarefas por realizar, é inegável que o processo de implantação dos sistemas, nos últimos 20 anos, criou profissionais imbuídos da noção de relevância da informação, independentemente da falta de mecanismos que garantam a sustentabilidade das políticas para o setor Saúde como um todo. Exemplo disso é o consenso entre os entrevistados de que a qualidade e a periodicidade de informações em saúde são estratégicas para o desempenho adequado do SUS. Foi precisamente esse aspecto que permitiu que os gestores se mostrassem altamente preocupados com a expansão da cobertura e com o treinamento constante de recursos humanos.

O comprometimento desses gestores com o aperfeiçoamento constante dos sistemas de informação se manifestou na medida em que as falas revelaram seu conhecimento tanto dos sistemas específicos que operam quanto dos problemas e avanços dos demais. Essa ampla visão ficou ainda mais evidente quando discorreram sobre seu estado ou município mediante comparações, analogias e exemplos extraídos de experiências observadas em outros locais do país.

Há interesse manifesto por parte dos gestores com o uso das informações geradas pelos sistemas, a fim de obter melhores resultados, assim como uma postura favorável no que se refere à cooperação com universidades e centros de pesquisa, onde sentem que seu trabalho é valorizado. A consulta indicou que há uma tendência de os gestores procurarem melhorar seu nível acadêmico em cursos de mestrado e doutorado, voltados para sua área, sem que isso signifique abandono da área de gestão. É importante assinalar que tal formação, de modo geral, não é um componente de um plano oficial de formação ou de carreira, sendo resultado de iniciativas próprias. Como consequência, verifica-se um crescimento da participação dos gestores na elaboração de publicações e em eventos científicos.

INTEGRAÇÃO ENTRE SISTEMAS

Como foi visto, a constituição dos sistemas de informação deu-se em conjunturas diversas e segundo processos também diferenciados. Por outro lado, do ponto de vista técnico, as soluções tiveram que ser específicas, dada a natureza diferenciada do foco de cada sistema. Isso resultou numa multiplicidade de sistemas com baixa integração e reduzida operabilidade do sistema de informações em saúde como um todo. Essa situação também se verifica em outros países, e a resolução dos problemas associados aos usos mais amplos das informações depende da capacidade de se estabelecer formas de integração entre os diversos sistemas.

Nesse sentido, pela consulta, foram identificadas algumas práticas de intercomunicação entre os sistemas, entre elas a busca rotineira de casos a partir de informações existentes em outros sistemas, visando à melhoria da cobertura e ao aprimoramento da qualidade. Outro passo dado foi a instalação, desde 1999, de uma medida que, no caso dos óbitos de menores de um ano, determina que o número da *declaração de nascido vivo* passe a ser um campo de preenchimento obrigatório da *declaração de óbito*. Entretanto, a prática considerada mais importante para a integração foi o uso cada vez mais freqüente de programas que permitem o linkage entre os sistemas, como é o caso do *software Reclink*[®] (CAMARGO JUNIOR; COELI, 2002). Também foi mencionada a necessidade de investir na criação de ambientes que permitam a mineração de dados e a interoperabilidade dos vários sistemas.

Para que essa integração ocorra, os consultados apontaram para a necessidade de melhorar a padronização técnica e semântica dos instrumentos de coleta, incluindo campos comuns de identificação – sem que isso signifique a adoção de fichas ou procedimentos únicos –, tendo como referência o mesmo padrão de codificação e de transferência dos dados e resguardando-se a privacidade dos indivíduos a partir dos quais os dados foram gerados. Essas sugestões foram propostas por gestores dos diferentes níveis, tendo sempre presente que a busca da melhor comunicação entre os sistemas não deve impedir o desenvolvimento de soluções locais específicas e contextualizadas.

Foi mencionado, por gestores e pesquisadores, o grande potencial das técnicas de geoprocessamento, que permitem descrever a situação de saúde em pequenas áreas, usando simultaneamente informações geradas pelos diferentes sistemas. Grande parte dos municípios de maior porte investiu consideráveis recursos tanto na construção de bases cartográficas digitalizadas quanto na aquisição de programas de análise de dados georreferenciados. As bases cartográficas permitem localizar os eventos de saúde provenientes dos vários sistemas, e sua distribuição espacial pode ser analisada tendo como referência as condições socioeconômicas das áreas onde os fenômenos ocorrem. Entretanto, foi apontada a necessidade de mais treinamentos, para que as pessoas utilizem de melhor forma esses programas e para garantir que os gestores façam um maior uso das informações, principalmente no nível local.

Diversos entrevistados mencionaram a importância da Rede Interagencial de Informações para a Saúde, reconhecendo-a, primordialmente, como uma instância que propicia a integração dos sistemas, que promove a discussão entre gestores e usuários, sobre a qualidade das informações, e que busca a padronização de conceitos e categorias das variáveis comuns às diferentes bases de dados.

Apesar dos êxitos alcançados ao longo de 10 anos de existência, o pleno funcionamento da Ripsa depende da resolução de alguns problemas, sendo que o mais importante é uma melhor definição do seu lugar ideal de funcionamento no âmbito do Ministério da Saúde. Sua localização, recentemente definida, na Secretaria-Executiva, foi bem recebida. Assim, espera-se que, daqui em diante, além de prestígio e reconhecimento, ela possa efetivamente contribuir para a implementação da Política Nacional de Informação em Saúde, prevista na Lei Orgânica do SUS.

Uma crítica que foi dirigida à Ripsa refere-se ao fato de ela não ter ultrapassado os limites do setor Saúde e interagido com outras áreas de política pública. Entretanto, tal falha talvez se deva mais à falta de familiaridade da gestão pública em operar com redes interagenciais do que às ações da própria Ripsa, em cuja história se registram inúmeros esforços para o reconhecimento de seu papel.

Não há dúvidas de que a Ripsa se constitui num dos melhores exemplos de “boa prática” na área de informação em saúde dos últimos anos no país. Apesar das dificuldades de funcionamento, sua concepção foi considerada pelos entrevistados uma importante inovação por parte da Opas, que acompanhou a história da Ripsa e, atualmente, cogita discutir seu formato no âmbito de outros países da América Latina.

Para os contemplados nessa consulta, o que faz da Ripsa uma experiência exitosa é que sua viabilidade está fundada nas idéias de articulação e soma de esforços de instituições já existentes, a fim de aperfeiçoar a produção de informação estratégica. Ao contrário de outras propostas do país, os criadores da Ripsa levaram em conta a inteligência e os recursos já existentes na área de informação em saúde. Foram, então, constituídos grupos de trabalho que, a partir da análise dos sistemas de informação, propiciaram a discussão conceitual e operacional da produção dos *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*, promovendo a integração das diversas bases de dados. Para tanto, foi necessário elaborar as fichas de qualificação dos indicadores, que se tornaram, a partir daí, a referência nacional para a geração desses indicadores (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

A inexistência de informação sistematizada em algumas áreas levou à constituição de Comitês Temáticos Interdisciplinares, encarregados de analisar o *estado-da-arte* das fontes de informação e da qualidade dos dados disponíveis, visando à geração de indicadores.

IDENTIFICAÇÃO DE “BOAS PRÁTICAS” NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O trabalho de consulta realizado permite afirmar que, entre as “boas práticas” existentes no desenvolvimento dos sistemas de informação, nos últimos 20 anos, estão, sem dúvida, a criação do DATASUS e o entendimento, no seu interior, de que futuros avanços só se dariam a partir da disseminação e do uso das informações geradas pelos diversos sistemas. Com a consulta foi possível ter um diagnóstico dos problemas relacionados com a qualidade das informações e seu potencial de uso como insumo estratégico, tanto para a análise e a avaliação da situação de saúde quanto para o planejamento e a tomada de decisões no setor Saúde.

Tal forma de disseminação provocou, de fato, inúmeras críticas e evidenciou a necessidade de capacitar recursos humanos, melhorar a cobertura dos sistemas e a qualidade dos dados, bem como estabelecer padrões e homogeneizar conceitos. O processo de discussão que se seguiu culminou com a criação da Ripsa, que constitui uma outra “boa prática” do sistema. No decorrer dos anos, desde sua fundação, a rede tem contribuído para a análise de dados, a formulação de indicadores e a sua divulgação, articulando profissionais ligados ao DATASUS, às instituições de ensino e pesquisa, ao Ministério da Saúde e às agências do Ministério do Planejamento, bem como ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Essas discussões também levaram as coordenações dos sistemas de informação situadas no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde – SIM, Sinasc e Sinan – a desenvolver manuais de documentação, até então inexistentes, e isso pode ser considerado uma “boa prática”.

Finalmente, a consulta revelou que todo esse processo acabou por gerar uma inteligência no setor, que pode ser vista como uma forma de “capital social”. O conjunto dessas pessoas – gestores, profissionais dos serviços e pesquisadores – tem exercido um importante papel na construção e na crítica dos sistemas, mas também na defesa deles.

É justamente nessa questão que se evidencia a maior fragilidade do sistema como um todo, ou seja, sua face não virtuosa. Os entrevistados, reiteradamente, apontaram para a ausência de uma política específica para a área de informação em saúde que fosse efetivamente articulada com as políticas públicas e sociais. Ou seja, ao mesmo tempo em que as falas revelaram plena consciência das metas que foram alcançadas, elas expressaram temor, angústia e desalento diante da possibilidade sempre presente de estagnação ou retrocesso.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações no nível municipal. *Informe Epidemiológico do SUS*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 27-33, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB)*. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.947, de 25 nov. 1998. Aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 1998.
- EXPOEPI: Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, 6, 2006, Brasília. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=24496>.
- CAMARGO JUNIOR, K. R.; COELI, C. M. Reclink II: uma nova versão do programa que implementa a associação probabilística de registros. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5., 2002, Curitiba. [Anais...] Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: TRINDADE, N. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: TRINDADE, N. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2002.

Equipe Técnica

Coordenação do projeto

Claudia Risso de Araujo Lima
José Antonio Escamilla Cejudo
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Vinicius Pawlowski Queiroz

Coordenação da pesquisa

Francisco Viacava
Célia Leitão Ramos

Organização

Claudia Risso de Araujo Lima
Vinicius Pawlowski Queiroz

Colaboradores

Carla Magda Allan Santos Domínguez
Carlos Dias Leal
Claudia Risso de Araujo Lima
Daniela Schoeps
Déa M. T. Carvalho
Ezequiel Pinto Dias
Francisco Lois Gonzalez
Gizelton Pereira Alencar
Haroldo Lopes dos Santos
João Baptista Risi Junior
M. Helena P. de Mello Jorge
Márcia Elizabeth Marinho da Silva
Marcia Furquim de Almeida
Mauricio Pereira
Nilo Sylvio Costa Serpa
Pedro Luiz Tauil
Ruy Laurenti
Sabina L. Davidson Gotlieb
Wayner Vieira de Souza

Elaboração e análise das entrevistas

Álvaro Nascimento

César Favoreto

Mônica Senna

Rosângela Caetano

Vera E. Pepe

Willer B. Marcondes

Silvana Gonçalves de Paula

Apoio financeiro

“Projeto desenvolvido com apoio da U.S. Agency for International Development (Usaid) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Projeto Usaid “Program in Infectious Diseases, Maternal/Neonatal, Health Information and Health Reform”, produto do pacote 4: Sistemas de Informação em Saúde, número: LAC-G-00-04-00002, Grant number: 002108”.



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, janeiro de 2009
OS 0019/2009