

Sistemas de informação em saúde no nível local

Health information systems at the local level

Maria Alice Fernandes Branco

*Núcleo de Estudos em Saúde
Coletiva, Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz,
Rua dos Coelhos, s/nº, Recife,
PE, 50070-550, Brasil.*

Abstract *Information systems have assumed paramount importance in modern society, becoming an strategic resource of power in all areas. Therefore, it is important that the process of decentralization of the health sector should not be limited to services, but should also consider the decentralization of information. The author discusses the sharing of political and technical responsibility between various governmental spheres, and the need to rethink and redirect the process of making accessible information on health. This is a matter of overcoming vertical relations between government and society and of moving toward cooperative management capable of minimizing regional inequalities and optimizing the utilization of resources.*

Key words *Health information System; Decentralization; Municipalization; Public Health*

Resumo *A importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna transformou-a em recurso estatégico de poder em todas as áreas. É fundamental, portanto, que o processo de descentralização no setor saúde não se restrinja a ações em serviços, mas contemple também a descentralização da informação. A autora discute o compartilhamento da responsabilidade política e técnica entre esferas governamentais e a necessidade de repensar e redirecionar ações no tocante ao processo de descentralização da informação em saúde. Trata-se de superar a prática da relação vertical entre esferas de governo, e caminhar no sentido da parceria gerencial, capaz de contribuir para minimizar as desigualdades regionais e otimizar a utilização de recursos.*

Palavras-chave *Sistema de Informação em Saúde; Descentralização; Municipalização; Saúde Pública*

As prerrogativas legais hoje vigentes no setor saúde determinam a descentralização e a participação popular como diretrizes de atuação político-administrativa que devem ser acatadas pelas três instâncias de governo. Os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para a eficácia e oportunidade das ações de controle social.

Dessa forma, o processo de descentralização não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação, elemento imprescindível à busca de maior autonomia municipal.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.

Conceitualmente, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (White, 1980).

No Brasil, tradicionalmente, a produção e utilização da informação em saúde, dando origem a diagnósticos sobre a situação sanitária de cada município, quase sempre foram realizadas pelos governos federal ou estadual, sem participação local. As administrações municipais foram ficando atrofiadas nesta e em outras dimensões de sua capacidade técnica, todas fundamentais como subsídio ao processo de planejamento em saúde (Medici, 1991; Possas, 1989).

Contudo, a própria lei orgânica da saúde prevê, como competência e atribuição *comuns* à União, estados e municípios, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Ao município é atribuído, portanto, juridicamente, um papel bem mais amplo do que o de mero coletor de dados. Espera-se que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região.

A importância que possuem as esferas locais em relação ao governo central, não se dá apenas porque são estes níveis a fonte da maior parte dos dados, mas pela possibilidade de, então, estabelecerem suas prioridades e alocação de recursos (White, 1980). O sistema de informações reflete estas prioridades, na medida em que a informação é fundamentalmente política, uma vez que “[...] a questão central do Sistema de Informação: os indicadores ‘escolhidos’ tendem a refletir a própria concepção de saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos pelo Sistema Nacional/Único de Saúde” (MCT, 1988:85).

Mas como a maioria dos sistemas de informação em saúde (SIS) federais foram concebidos antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sem a participação estadual e municipal, tal concepção, objetivos e metas estavam voltados para outro delineamento político no que diz respeito à atuação das três instâncias governamentais.

Dessa forma, a simples transposição de sistemas concebidos no plano federal para o âmbito estadual ou local, como tem ocorrido com os sistemas de mortalidade, nascidos vivos e cólera, não implica descentralização da informação. Trata-se, a rigor, de desconcentração da digitação, do processamento e do acesso aos dados. Afinal, está se levando para o âmbito local a concepção e prioridades definidas centralmente.

Não se trata de defender a idéia de que cada município brasileiro deva conceber e desenvolver seus próprios sistemas. Mas, apenas, de enfatizar que o modelo de sistema de informação em saúde com que se conta atualmente não atende aos princípios definidos constitucionalmente para o setor, consolidados na lei orgânica. Claro que é fundamental a existência de sistemas de informação de concepção federal para o adequado acompanhamento, controle, avaliação e produção de conhecimento em nível nacional. Mas esta é a perspectiva de uma esfera de governo com atribuições legais que implicam uma visão de conjunto com abrangência nacional, com o intuito de subsidiar o SUS na formulação da política nacional de saúde. Contudo, os governos estaduais necessitam de um conhecimento mais detalhado da situação de saúde dos municípios sob sua jurisdição. Como unidades federadas devem acompanhar, avaliar e divulgar indicadores, no âmbito de sua região, que permitam uma aná-

lise das condições de saúde com que se defronta a população do estado, coordenando ações e promovendo apoio técnico e financeiro. Os municípios, por sua vez, necessitam de informações que permitam o delineamento da situação sanitária e forneçam subsídios para o melhor desempenho técnico.

Dessa forma, para o atendimento dos princípios que regem o SUS e cumprimento dos dispositivos legais, a definição de sistemas de informação em saúde de âmbito nacional deveria ter sua concepção discutida nas três instâncias de governo, com os correspondentes desdobramentos compatíveis no plano estadual e municipal, cabendo simultaneamente a cada um a responsabilidade pela definição, estruturação e execução de subsistemas necessários ao desempenho das atribuições de sua responsabilidade, observando a compatibilização com os sistemas nacionais.

No âmbito federal, as informações em saúde encontram-se dispersas em vários órgãos e ministérios (MCT, 1988; Possas, 1989). Observa-se falta de padronização nos procedimentos de obtenção, tratamento e disseminação e a periodicidade adotada nem sempre é a mais adequada. A oportunidade, qualidade e cobertura das informações variam de acordo com as áreas geográficas onde são produzidas, guardando estreita relação com o grau de desenvolvimento dos sistemas estaduais de informação. Nem todas encontram-se desagregadas no âmbito de município e há dificuldades para que a instância local consiga acessá-las (Baldijão, 1992; CONASEMS, 1991).

Na esfera estadual, é possível dizer que, atualmente, todas as secretarias estaduais de saúde possuem alguma estrutura específica para informação, ainda que nem sempre com o grau de desenvolvimento adequado. E entre os principais problemas que enfrentam para produzir a informação em saúde de sua região, encontram-se: falta ou deficiência de infra-estrutura de informática; insuficiência de recursos humanos qualificados; falta de padronização e normatização dos procedimentos de coleta de dados; falta de hierarquização na produção e uso das informações nos diversos níveis da rede; insuficiente grau de utilização dos dados para análise do sistema e dos serviços de saúde (MCT, 1988).

Em âmbito local, os problemas são ainda maiores. Há uma heterogeneidade muito mais acentuada entre a infra-estrutura das secretarias municipais do que entre as estaduais. Embora muitos municípios já venham “[...] trabalhando com seus sistemas de informação, como forma de subsidiar o planejamento e a pro-

gramação dos serviços, [...] a maioria deles não sabe sequer como definir adequadamente suas necessidades” (Medici, 1991:28). Assim, a maioria dos municípios brasileiros efetua apenas procedimentos de coleta de dados para os sistemas de âmbito federal ou estadual. Em outro extremo, há secretarias que além dessa função, já produzem, processam, organizam e analisam a informação em saúde de seu município, apresentando seus resultados em periódicos especializados e eventos científicos. Num ponto intermediário, encontram-se as estruturas locais que ainda buscam consolidar seus próprios sistemas de informação, encontrando dificuldades quanto à montagem de infra-estrutura de informática (incluindo recursos, equipamentos e pessoal); definição adequada de procedimentos de coleta; conhecimento e acesso restritos quanto às alternativas de processamento e falta ou deficiência de recursos humanos qualificados para a análise das informações obtidas.

Embora as atribuições municipais definidas legalmente apresentem uma abrangência e complexidade que ultrapassam em muito a atual capacidade técnica, administrativa e institucional de grande número de municípios brasileiros, o envolvimento destes com a produção, processamento e análise da informação tenderia a melhorar, em muito, a qualidade e confiabilidade dos dados, além de poder gerar ganhos no que diz respeito à qualidade da prestação de serviços e à capacidade de auto-avaliação do nível local. Podem ser levantados, ainda, outros aspectos positivos, como a facilitação das funções de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação; incentivo à participação no esforço de aperfeiçoar o SIS e estímulo à retroalimentação da informação.

O relacionamento integrado entre os três entes governamentais é fundamental para o sucesso de tais ações. Sem o concurso e esforço dos planos federal, estadual e municipal é impossível alcançar um sistema de informação eficiente, eficaz e adequado às atuais necessidades das três esferas de atuação. O SIS deve privilegiar cada uma dessas instâncias com informações úteis, confiáveis e oportunas ao desempenho de suas respectivas atribuições no Sistema Único de Saúde. Assim, competirá a cada esfera de atuação a responsabilidade pela definição, estruturação e execução do sistema de informação necessário ao desempenho das funções sob sua responsabilidade, observando, contudo, a compatibilização com as atribuições dos demais entes envolvidos e suas respectivas necessidades na organização e gerência dos serviços.

Dessa forma, embora tanto a esfera federal quanto a estadual devam definir os dados de que precisam para alimentar seus sistemas, bem como seu formato e *lay-out*, não podem mostrar-se impermeáveis às necessidades das instâncias locais. É fundamental trabalhar com uma concepção aberta, adotando normas flexíveis e adaptáveis, que permitam às demais instâncias desenvolver experiências locais, mantendo grau mínimo de compatibilização (MS, 1994).

As autoridades de saúde locais têm começado a procurar por dados que os guiem na meta de atividades que eles devem empreender para melhorar a saúde de suas populações. A esfera local parte, então, para a tentativa de criar sistemas de informação que dêem conta do que entende como especificidades locais, quer sejam políticas, administrativas, técnicas ou sanitárias (Branco, 1995).

É preciso, contudo, equilibrar desejo, factibilidade e custos, estabelecendo prioridades. É necessário ter clareza sobre quem serão os usuários da informação e o que, precisamente, eles querem. Existe a necessidade de garantir que a informação requerida seja mensurável, que haja codificação correta na fonte e que a mesma se dê sobre uma base consistente; bem como, que o interesse pela informação seja suficiente para garantir incentivos à coleta, e que a coleta, processamento e análise dos dados sejam factíveis (Willmer, 1992). Afinal, informação de má qualidade informa tanto quanto a ausência de informação.

Há outros equívocos a serem evitados. Muitas vezes, a falta de clareza quanto à informação realmente necessária faz com que sejam coletados dados que não terão qualquer utilidade, sobrecarregando sistemas. Grande quantidade de dados parece dar a ilusória sensação de que a situação está sob controle ou de que se tem tudo o que é necessário para conhecer um problema. A disseminação da microinformática e as facilidades de uso que oferece acabam por propiciar que esse engano seja muito frequente. É comum, também, que a cada mudança de chefia sejam criados novos sistemas, desconsiderando o trabalho desenvolvido pelo antecessor e ignorando o aproveitamento de qualquer componente dos sistemas então existentes. Isto pode gerar desmotivação e descompromisso nas equipes técnicas envolvidas. Outra situação a ser evitada é a ausência de intercâmbio entre os sistemas da própria instituição, gerando duplicação de dados e esforços.

É fundamental, ainda, que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam o intercâmbio de dados e experiências. A adoção de diretrizes e práticas que permitam a utilização das informações existentes nos três segmentos e o livre fornecimento de dados pode contribuir, significativamente, para a ampliação e aperfeiçoamento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS.

Referências

- BALDIJÃO, M. F. de A., 1992. Sistemas de informação em saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 6:21-28.
- BRANCO, M. A. F., 1995. *Sistema de Informação em Saúde em Âmbito Local e Organização de Interesses Sociais: Um Estudo de Caso no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), 1991. Secretários pedem informações. É uma longa lista. *Presença*, 7.
- MEDICI, A. C., 1991. Descentralização e informação em saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 5:5-29.
- MCT (Ministério da Ciência e Tecnologia), 1988. *Proposta de Plano Setorial de Informática em Saúde; Relatório da Comissão Especial de Informática em Saúde*. Brasília: Secretaria Especial de Informática.
- MS (Ministério da Saúde), 1994. *Uso e Disseminação de Informações em Saúde. Subsídios para a Elaboração de uma Política de Informações em Saúde para o SUS. Relatório final*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- POSSAS, C. A., 1989. *Sistemas Estaduais de Informação em Saúde no Brasil: Situação Atual e Perspectivas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- WHITE, K. L., 1980. Information for health care: an epidemiological perspective. *Inquiry - The Journal of Health Care Organization, Provising and Financing*, 17:296-312.
- WILMER, R., 1992. Discussion of the paper by Thunhurst and MacFarlane. *Journal of Royal Statistical Society*, 155(part 3):338-352.