

Informações em saúde para a gestão do SUS

Information in health for the administration of the SUS

Eduardo Mota¹

Ao avaliar a importância dos inquéritos populacionais periódicos, o artigo em debate expôs com clareza que não há oposição entre as duas principais estratégias para a obtenção de dados de interesse em saúde: a captação na rotina da produção de serviços e os inquéritos de base populacional (Viacava, 2002). Entretanto, ainda mais do que superar as deficiências dos sistemas de informação de morbi-mortalidade e do registro de nascimentos e óbitos, os dados que podem ser obtidos dos inquéritos populacionais contribuem para completar o conhecimento sobre a situação de saúde e, em vista da especificidade de objetivos e métodos que lhe conferem suas características de oportunidade, cobertura e de qualidade dos dados, têm especial relevância na produção de informações para a gestão do SUS.

Entre os diversos elementos necessários a formação e ampliação do conhecimento e ao entendimento da situação de saúde, aqueles tradicionalmente captados e disponibilizados pelos sistemas de informação – a caracterização da oferta, a frequência de utilização dos serviços e o quadro de morbi-mortalidade da população – devem integrar um conjunto em que se incluem alguns outros, entre os quais se destacam: as desigualdades na cobertura e o perfil de acesso, os custos da assistência, as características sociodemográficas, o quadro populacional de exposição aos fatores de risco e o nível de efetividade da atenção à saúde. Para se obter e manter esse conjunto o mais completo possível, a estratégia mais recomendável é a combinação e a integração de fontes e procedimentos para a alimentação do sistema de informação, definindo-se os papéis que podem desempenhar os inquéritos populacionais e o registro rotineiro de dados de interesse em saúde.

Por essas razões e para uma melhor definição dos rumos que deve tomar o desenvolvimento do Sistema Nacional de Informações em Saúde no Brasil (SNIS), a reflexão que suscita o

debate incluiu, apropriadamente, a avaliação dos inquéritos em saúde e suas aplicações. Algumas limitações dos resultados desses inquéritos foram citadas, entre as quais, constam: a periodicidade irregular da obtenção de dados em saúde da PNAD e a ausência de outros inquéritos sobre o estado nutricional e sobre os gastos familiares em saúde, além dos que foram realizados, respectivamente, em 1989 e em 1996. Outros pontos relevantes se relacionam às diferentes metodologias amostrais e de cobertura da coleta de dados, a precariedade da padronização de conceitos e de definição de variáveis e, além disso, os diferentes planos tabulares e níveis de agregação na análise são alguns dos principais problemas. Assim, por um lado, os sistemas de informação que oferecem dados para o acompanhamento da situação em vigilância epidemiológica e em vigilância sanitária, ainda dissociados, não possibilitam uma avaliação completa dos dados de nascimentos, óbitos, morbidade de notificação obrigatória e da qualidade dos produtos e serviços de interesse em saúde, que necessitam ser analisados à luz das características da utilização de serviços hospitalares e ambulatoriais e das ações de prevenção de riscos e agravos e de proteção e promoção da saúde. E, por outra parte, os dados disponíveis sobre morbi-mortalidade, registrada para os que utilizam os serviços do SUS, permanecem ainda sob um modelo de informação implantado para atender aos requisitos da administração de recursos, sobretudo o sistema de informações ambulatoriais com seus registros de procedimentos realizados e não de indivíduos atendidos. A desarticulação, portanto, entre as iniciativas para a realização dos inquéritos populacionais sobre o estado de saúde e o desenvolvimento dos sistemas de informação dos serviços não possibilita a formação de uma base integrada de dados adequada ao conhecimento da situação e seu acompanhamento permanente.

Os inquéritos de base populacional podem revelar o perfil de utilização dos serviços de saúde, ao identificar as dificuldades de acesso e as relações entre os grupos socioeconômicos e demográficos e a oferta de serviços públicos e privados, dados esses essenciais para responder às demandas da gestão, no contexto da crescente importância da avaliação em saúde (César & Tanaka, 1996). As abordagens metodológicas dirigidas ao conhecimento da situação de saúde e da qualidade dos serviços foram descritas (Viacava, 2002), traçando-se a maneira pela qual os métodos aplicados nos inquéritos possibilitam

¹ Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA. emota@canudos.ufba.br

a obtenção de dados para os indicadores do estado de saúde e como estes se relacionam com os de condições de vida e de utilização de serviços, os quais não fazem parte dos registros da rotina dos atendimentos médico-hospitalares.

Acrescente-se que as rápidas mudanças nas características sociodemográficas da população brasileira e no seu perfil epidemiológico apontam para a necessidade de combinar coerentemente as estratégias para a produção de informações. O crescimento da população urbana, o aumento da expectativa de vida, a frequência de alguns agravos em que o grupo atingido não demanda aos serviços até que os seus efeitos mais adversos e complicações modifiquem a percepção do estado de saúde, e as desigualdades do acesso à assistência, são algumas razões que motivam a revisão dos atuais modelos de informação baseados em atendimentos. Alia-se a isto a necessidade de completar o conhecimento sobre a situação de saúde, obtendo-se informações sobre o perfil epidemiológico da população usuária, sobre a oferta e a utilização de serviços privados. A propósito, dados recentes indicaram que a cobertura de planos privados de assistência à saúde alcança 15,5% da população brasileira, com marcadas diferenças entre as regiões (OPAS, 2002). Ademais, a descentralização da gestão do SUS, o estabelecimento dos sistemas locais de informação e o processo de mudança dos modelos assistenciais reforçam a crescente necessidade de informações de interesse em saúde, para a qual os inquéritos de base populacional oferecem enorme potencial de contribuição.

Esses aspectos focalizam as questões relativas às necessidades de informação para a gestão do SUS e, dessa maneira, são próprios às indagações sobre a aplicação das informações em serviços de saúde. As informações para o monitoramento da situação de saúde e para a avaliação dos resultados e impacto das políticas e programas devem atender às necessidades dos serviços. O que foi colocado em debate, portanto, enfatiza a importância de orientar o SNIS para as necessidades da gestão, no que diz respeito ao acompanhamento e à avaliação de acesso, a pertinência da oferta, aos processos e ao trabalho em saúde, a qualidade da assistência e aos resultados que se pretendem alcançar na melhoria das condições de saúde da população. Assim, não há como examinar as necessidades de informações sem considerar como se organiza o sistema de saúde e como ocorrerá o desenvolvimento da sua gestão nos três níveis de gover-

no. Afinal, o sistema de informação responde a que informações, e por que métodos serão produzidas, para que sua aplicação subsidie os processos de tomada de decisões e promova a melhoria da gestão em saúde.

Há relação entre o valor da informação e seu potencial de contribuição ao processo de tomada de decisão. Então, como avaliar o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde, a adoção das diversas estratégias de captação e de produção de dados e informações e sua utilização, para atender às demandas da gestão e subsidiar decisões, sem levar em conta os fatores que determinam o valor da informação? Essa questão delimita os elementos da avaliação dessas estratégias para sua aplicação coerente: disponibilidade, custos, oportunidade, qualidade dos dados, transparência, suficiência e pertinência do conteúdo da informação. Esses fatores determinantes do valor das informações para o processo de decisão em saúde se associam aos resultados do seu uso no planejamento, programação e avaliação de serviços, na melhoria da qualidade do cuidado individual e da atenção à saúde coletiva, ao possibilitar o suporte às atividades da equipe de profissionais nos serviços e às funções gestoras. A participação social para a qual a disponibilidade de informações é decisiva completa o conjunto das situações em que se agrega valor às informações, porque aí também reside fundamentalmente a necessidade de oferecer conhecimento suficiente sobre as ações e serviços, sobre o quadro epidemiológico e sua evolução.

As necessidades da gestão e o valor das informações para o processo de decisão convergem para os aspectos mais críticos da política de informações em saúde no Brasil. As experiências internacionais trazidas ao debate demonstram que há preocupações semelhantes em outros países às que se têm com o desenvolvimento do SNIS e com a incorporação da tecnologia de informação aos serviços de saúde em nosso meio. Embora ainda não se tenham seguido aqui caminhos articulados e integrados que dirijam os investimentos de todos os órgãos de governo e de organizações interessadas para algumas metas consistentes de médio e longo prazos. A política de informação se associa às políticas de ciência e tecnologia (C&T) em décadas recentes (Gómez, 2002). Porém, em países em desenvolvimento os investimentos nos sistemas de informação e em C&T não se inserem no conjunto das políticas públicas, e as chamadas fontes informacionais não respondem às

demandas sociais por informação. A articulação institucional e o exercício das finalidades que têm as comissões constituídas no âmbito de conselhos e comitês gestores e as redes de organizações interessadas podem modificar esse quadro, legitimando sua atuação com resultados de amplo interesse técnico-científico e social.

A abordagem do tema indica a complexidade do desafio e o que se espera das contribuições de todos em reflexão e crítica produtivas voltadas à construção dos principais meios e mecanismos de produção e difusão de informações e conhecimentos para a melhoria das condições de saúde da população.

Referências bibliográficas

- César CLG & Tanaka OY 1996. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região Sudeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cadernos de Saúde Pública* 12(Supl. 2):59-70.
- OPAS 2002. *Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*, pp. 254-255, Brasília.
- Gómez MNG 2002. Novos cenários políticos para a informação. *Ciência da Informação*, 31(1):27-40, Brasília.

uso de serviços de saúde por diferentes segmentos da população brasileira.

Com isso estou procurando justificar a natureza do texto que foi apresentado para debate, que teve como preocupação salientar as limitações das bases de dados e contrapor a experiência de outros países, cujos dados obtidos de amostras de base populacional têm sido utilizados para subsidiar a formulação e avaliação da política de saúde.

Talvez por esse motivo eu tenha dado pouco destaque às análises produzidas com os dados existentes como bem aponta José Noronha, o que não deve significar, em absoluto, que eu não reconheça a importância desses estudos. Da mesma forma, é preciso deixar claro que não defendo a importação pura e simples dos instrumentos utilizados por outros países como parece ser a preocupação de Estela Aquino. Acredito, entretanto, que é necessário que o país invista muito mais nesse tipo de coleta de dados, a partir de uma demanda formulada não apenas pelos gestores, mas por eles organizada, de forma a contemplar as carências, dúvidas e anseios da sociedade, quanto ao sistema de saúde brasileiro. Esse me parece ser um ponto importante enfatizado por Ricardo Ceccim, quando ressalta a necessidade de buscar soluções alternativas de visibilidade ao estado de saúde e do desempenho do sistema sanitário em cada localidade.

Isso remete a uma outra questão, colocada pelo prof. Rui Laurenti, sobre o nível de abrangência geográfica que as amostras populacionais devem ter. Os inquéritos nacionais são desenhados para subsidiar e avaliar as grandes diretrizes da política de saúde e as desigualdades na oferta e demanda de serviços e não podem dar conta nem substituir as avaliações em nível local, que devem aprofundar determinados temas para apoiar o desenvolvimento das ações de saúde. A atraente idéia de um planejamento ascendente defendida por Ricardo Ceccim, certamente introduziria novas visões do processo saúde/doença e sobre a utilização de serviços de saúde, mas é somente a partir de criação de instâncias de comunicação entre as diferentes esferas administrativas, que se poderá viabilizar essa estratégia.

No desenho do questionário do suplemento saúde da PNAD/98 pensou-se em utilizar grupos focais para identificar questões ligadas à identificação de barreiras de acesso na procura no uso de serviços de saúde e no grau de satisfação com o atendimento, mas infelizmente não

O autor responde

The author replies

Francisco Viacava

Inicialmente, gostaria de agradecer aos debatedores pela leitura cuidadosa do meu texto e pelas críticas e contribuições apresentadas.

O grande esforço de negociação entre o Ministério da Saúde e o IBGE, numa conjuntura de constante transição, que envolveu três administrações do Ministério da Saúde em menos de seis meses, o tempo despendido nas reuniões entre os pesquisadores da Abrasco e ABEP com os técnicos do IBGE para desenhar o questionário, os custos envolvidos e, sobretudo, a cooperação dos moradores dos 100 mil domicílios entrevistados mereceriam que os dados coletados fossem cuidadosamente analisados.

A publicação deste número temático teve por objetivo estimular a análise dos dados do suplemento Saúde da PNAD/98, e ao mesmo tempo avaliar, ainda que de forma indireta, a capacidade desse instrumento em subsidiar o monitoramento das condições de saúde e do