

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE: A VISÃO DE UM SANITARISTA*

FRANZ RULLI COSTA**

1. Introdução; 2. Diagnóstico de um sanitarista para o setor de informações de saúde; 3. Breve histórico do SIS em implantação; 4. Propósitos e funções do SIS do Ministério da Saúde; 5. Caracterização do Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde; 6. Áreas de informação; 7. Estratégia para a implementação do SIS-MS; 8. Funções dos participantes do SIS-MS; 9. Conclusões.

Foi assim que uma pequena cidade baiana entrou para a história da saúde pública do nosso país:

“Veio um boletim Caravelas e, entre parênteses, em letra pequena, Guiné — África. Um funcionário qualquer estava tão nervoso que leu ‘Caravelas’ e nem percebeu o resto. Telefonou para todo mundo avisando: ‘Cólera em Caravelas.’ Um médico do ministério preparou camas com um buraco no meio, de modo que o doente, deitado mesmo, se esvaía e se acabava.

Daqui saiu uma caravana, com o ministro à frente, todos para Caravelas. Lá chegando, procuraram de baixo para cima e nada: não encontraram ninguém, nem com dor de barriga!

Passaram telegramas, olharam e viram: Caravelas, Guiné — África.

Foi uma *débâcle* total.”

Este relato feito pelo Prof. Mário Magalhães no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara dos Deputados, em 1980, causou demorados risos e gargalhadas em mais de 12 centenas de participantes do evento. Eu o sentia, contudo, mais amargurado que irônico. E, amargurado, ria também eu.

* Trabalho originalmente apresentado ao Curso Intensivo de Pós-Graduação em Administração Pública (Cipad) como tarefa final da disciplina Decisão e Informação Gerencial, coordenada pela Prof.^a Anna Maria Campos, e divulgado na Série Cadernos EBAP, n.º 15.

** Aluno do Cipad e médico sanitarista. (Endereço do autor: SQS 113 — Bl. 4 — Apt.º 201 — Brasília, DF.)

1. Introdução

Ninguém discorda que a questão da informação não será resolvida com uma solução meramente tecnológica. Aos que vendem tratamento à doença convém que a doença campeie. Talvez por isso disponhamos hoje de intrincado complexo gerador de informações tecnológicas que pretende substituir e superar a sobrecarga de papelada, mas que na verdade não alcança sua finalidade, sendo alvo de críticas, as mais ferozes. Campeia a fatura de dados, mas as informações relevantes não são ainda disponíveis. Em grande número de vezes produz-se informações para nada.

Será que nos demos conta de que os sabidos se utilizaram da sobrecarga de papelada para introduzir a sobrecarga de tecnologia, não por acaso mais onerosa, e de que isto não melhorou sequer nossa situação sanitária?

Tenho acompanhado, por dever e por curiosidade, desde o início, as diversas propostas que nos últimos 10 anos se apresentaram com vistas ao equacionamento do sistema de informações para saúde em nosso País. Serenamente pasmado, dou-me conta de que até técnicos do exterior vieram colocar à nossa disposição etéreos conhecimentos científicos, que nos permitiriam soluções mágicas. Alguns vinham pela primeira vez, e se surpreendiam ante a complexidade das nossas realidades e a diversidade de fatores que as compunham; de tal forma que sua colaboração acabava por não se efetivar.

Eventos técnicos em número razoável foram realizados para que fosse devidamente estudada a questão. Inócuos ou sonhadores, sempre em demasia, sobreviveram transformados em papel, ou registrados na memória dos mais entusiasmados ou interessados.

Eu mesmo participei de alguns desses momentos e me lembro que prevaleceu quase sempre o enfoque exclusivamente técnico. Quem sabe, mobilizados mais pelo prazer de produzir informações sobre as quais manteremos domínio, através do atraente manejo de tecnologia de sofisticação, do que tocados pela responsabilidade de dotar as organizações que nos mantêm de boas condições para a tomada de decisão sobre suas políticas, programas, estratégias e recursos. Penso, sem ser muito severo, que alguns fartavam-se apenas de sua sabedoria.

Houve, porém, momentos de grande importância e significação e que por isto fazem parte de história tão recente.

É verdade que o setor saúde tem sobrevivido, espasmódica e brilhantemente, à ausência de informações, à insuficiência ou insatisfatoriedade das mesmas, a despeito da maquinaria farta hoje existente, ou mesmo por causa dela e de seus magníficos operadores. Ninguém ignora que temos planejado, executado, acompanhado e avaliado nossos programas sanitários com informações precárias quer em quantidade, quer em qualidade.

Se já nos exercitamos à exaustão, tecnicamente, como rapazolas convencidos de seus músculos e de sua fogosidade, o que nos resta então? Quem sabe amadurecer, para propor uma decisão política para o setor de informações para a saúde? Quem sabe passar à parte mais difícil da lição — ainda que não menos atraente — nos obrigar a exercícios mais frequentes de conjugação e harmonização de esforços e confluência de interesses.

Não há como negar que recentemente têm sido mais intensos os esforços para se chegar a um Sistema de Informações para a Saúde (SIS) adequado às realidades nacionais. Este trabalho examina a proposta de um SIS apresentada pelo Ministério da Saúde em 1980, atualmente em fase de implantação. Após a identificação dos pontos críticos do sistema *natural* de informações, é feito um breve

histórico sobre o SIS. São apresentados seus propósitos, funções, características e áreas de informação. A seguir examina-se a estratégia de implementação e as funções dos participantes. Ao longo de todo trabalho são colocadas as críticas do autor, com base na sua experiência em diversas posições no sistema de saúde, vivenciadas nos mais diversos rincões do País.

O trabalho é finalizado com sugestões que procuram superar as dificuldades antecipadas nas seções anteriores, sugestões que pretendem incorporar a dimensão política do problema da informação.

Embora o autor esteja consciente de que a situação sanitária vem se agravando por outros fatores mais relevantes que a simples ausência de informação, deseja com este trabalho contribuir para que o SIS produza informações oportunas e relevantes, tenha flexibilidade para lidar com a exceção e seja operado a custos suportáveis pela sociedade. Originalmente elaborado como trabalho final da disciplina decisão e informação gerencial no Curso Intensivo de Pós-Graduação em Administração Pública (Cipad) mais do que uma proposta definitiva, visa a provocar o debate sobre a questão.

2. Diagnóstico de um sanitarista para o setor de informações de saúde

Antes de apresentar o Sistema de Informação de Saúde (SIS) proposto pelo Ministério da Saúde, arrisco-me a mostrar um diagnóstico que, evidentemente, é carente da lucidez especial e da clarividência dos especialistas. No entanto, como sanitarista, trago a perspectiva do consumidor, do usuário, das informações que o sistema idealmente deveria produzir.

Assim, com a rapidez requerida para o momento e sem preocupação de exatidão na ordem de grandeza, grau de importância ou de ocorrência cronológica, alinho alguns pontos que me parecem dignos de reflexão e que talvez ajudem a explicar por que não temos para o setor saúde um sistema de informações adequado, perene, abrangente.

Em primeiro lugar, coloco a questão da multiplicidade de agentes. Os programas do setor saúde, em nosso País, vêm sendo realizados por várias agências ou instituições: Ministérios do Interior, da Educação e Cultura, da Previdência e Assistência Social, órgãos regionais (Sudene, Sudeco, etc.), secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde, empresas privadas e outras congêneres e até mesmo pelo Ministério da Saúde. Todos constroem, operam, destinam recursos, planejam e, portanto, devem dispor de informações para isso. Cada uma dessas agências ou instituições desenvolve individualmente seu sistema e aceita, tacitamente, que a possibilidade de consolidar as informações disponíveis caiba ao Ministério da Saúde.

No entanto, não se pode desincumbir de tão ingente tarefa sem uma decisão política prévia, pertinente, que a respalde. A viabilidade técnica e mesmo a aceitação da necessidade de integração não são suficientes, como nos mostra a experiência.

Um exemplo apenas. Recentemente, por iniciativa da Ciplan (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação) buscou-se a integração dos setores de informações dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Todos concordavam em que a integração era amplamente desejável. Uma subcomissão mista, composta de técnicos perfeitamente entrosados e convergentes nas idéias estudou o assunto durante 60 dias. Concluiu que seria precoce qualquer iniciativa na área; era algo impossível de se concretizar, embora tecnicamente

viável. Não se falou mais no assunto, ao menos que eu tenha sabido. Passados cerca de 18 meses, o Ministério da Saúde produziu e divulgou documentos sobre seu próprio e isolado sistema.

E assim os múltiplos sistemas de informação para saúde continuam combinando características de insuficiência e paralelismo. Até ontem não sabíamos ao certo de quantas unidades sanitárias e hospitalares dispúnhamos no país. Não sabemos com precisão recomendável quantos somos, quantos morremos, quantos nascemos. É clássico o relato da existência de cerca de meia centena de cemitérios clandestinos no estado de Sergipe nos anos 70. E, afinal, nascimentos não-registrados não é coisa que nos apoquente mais.

Em segundo lugar, resalto a fartura de informações inócuas, produzidas a um custo que, embora alto, não chega nem a ser considerado. Na verdade nem sabemos quanto custam as informações. Esta falta de conscientização dos custos leva à produção de dados e informações irrelevantes invariavelmente em demasia, quase sempre simplesmente abandonados.

Ainda nos dias atuais, informação das mais simples, como a referente a unidades sanitárias, são conflitantes, porque os dados que as produzem estão em fontes diversas que observam critérios diversos, tais como secretarias de saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, órgãos de desenvolvimento regional (como Sudene, Sudam, etc.) e Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo, ao nível central de informações, vão-se acumulando dados inócuos, a um nível de detalhe que não interessa especificamente aos que tomam decisões sobre saúde.

O terceiro ponto, embora relacionado com o segundo, merece destaque especial: a tradição de não-confiabilidade das informações. O sistema *natural* de informações para a saúde cresceu desordenado. Cresceu no vício e na tradição de erros. Como resultado de tantos equívocos e raros acertos os segmentos que o compõem não se respeitam, não se confiam.

A própria tradição de que “há que se pedir mais para receber o justo”, criada e nutrida pela necessidade de prevenir-se contra os cortes da tecnocracia insensível e logarítmica, gerou o vício da informação artificialmente inflada para justificar recursos adicionais. Assim, fictícias são as informações que o nível periférico utiliza para o planejamento; irreais os números de postos de saúde em funcionamento informados pelo nível estadual; necessariamente fictícias as informações utilizadas pelo Ministério da Saúde. Fecha-se em círculo uma linha cujos extremos jamais são verdadeiramente conhecidos. A informação perde o pouco brilho que mostra na fonte, e que timidamente lhe daria perspectiva de existência.

Como uma quarta linha de problemas coloco aqueles identificados por Derman¹ e que tão bem descrevem a situação de alguns sistemas em funcionamento, considerados exemplos de aparente sucesso. A meu ver, esses sistemas ou subsistemas fechados:

- a) parecem assumir, inconvenientemente, em bom número de vezes, vida própria, com fim em si mesmos;
- b) parecem alcançar, rapidamente, uma posição hierarquicamente superior aos que o conduzem e aos que deveriam servir, com naturalidade, como instrumentos para as decisões;

¹ Derman, Erwin H. Sistemas de información gerencial: errores y remedios. *Administración de Empresas*, Buenos Aires, Arindo, (68):727-40, nov. 1975.

- c) acabam por se transformar em monstros dispendiosos, utilizáveis nas ambições desmedidas de grupos ascensionistas, inescrupulosos, na busca ilimitada de mais poder para si mesmos;
- d) são conduzidos por pessoas politicamente vulneráveis, problema, em si, da própria natureza humana;
- e) com frequência, os planejadores dos sistemas estão envolvidos em disputas de definição e de níveis hierárquicos; as linhas demarcatórias das funções se deslocam de acordo com o poder que as pessoas tenham para deslocá-las em seu interesse; os planejadores estão, também, constantemente envolvidos em disputas de limites de atuação institucional, que fogem do poder de controle dos dirigentes máximos da entidade. Dessa forma, a aceleração da cooperação intersectorial não é fácil de se conseguir dentro de uma instituição, sendo esperável, comumente, acirrada luta de poder entre os setores.

Coloco em especial destaque, mesmo arriscando incorrer em repetições, as distorções em diversos níveis, introduzidas pela computarização dos subsistemas:

- a) a manutenção de sistemas computarizados de informações tem servido ao jogo do poder, à disputa — de seus controladores ou dominadores — por mais poder. Não raro um setor de planejamento em uma instituição passa a ter poderes excessivos e concorrentes ao poder dos níveis decisórios, valendo-se de informações que pretenda manter de sua exclusividade ou privado domínio;
- b) não raro os sistemas computarizados aparecem como sistemas discrepantes, paralelos e duplos;
- c) as resultantes de sua operacionalização, em número significativo de vezes, não têm atendido plenamente às necessidades dos que tomam decisões. Ora pecam por excesso, que a sofisticação tecnológica impunemente incentiva, ora por falta, que a vulnerabilidade política, técnica e administrativa de seus programadores não consegue evitar;
- d) seus custos são elevados, especialmente quando se considera que as informações produzidas são de tal forma precárias que, mesmo produzidas a um custo próximo de zero, seriam caras demais.

Finalmente, ainda como ponto para reflexão, coloco a questão da adequação da informação produzida pelo sistema à própria orientação da política de saúde. Só a título de exemplo, de que nos adiantam o esforço e a preocupação em buscar informações sobre a concentração de serviços hospitalares nas áreas privilegiadas socialmente, se não pretendemos efetivamente mudar o rumo destas coisas, se mantemos ilusório o discurso de atenção primária à saúde?

Não se tome a minha crítica como um desprezo pela informação. Em nenhum momento quis dizer que não precisamos de informações, ou defendi que nos deixemos levar pela tentação de viver sem informações para a saúde: isto seria um equívoco lastimável. Penso que a própria crença na fundamental importância das informações — para a vigilância epidemiológica, para a vigilância sanitária, políticas de alimentação e nutrição, políticas de serviços básicos e de interiorização de ações de saúde e de saneamento, e de outras mais — valorizaria uma ação verdadeiramente integrada dos setores de informações existentes. Tal ação traduzir-se-ia em programa definitivamente sério e ajustado às necessidades do setor — e serviria à tomada de decisões igualmente sérias e adequadas ao País.

Arrisco-me a afirmar que teríamos os mesmos programas e iguais decisões políticas para a saúde se dispuséssemos, hoje, apenas de informações produzidas e manuseadas pelo homem, como tradicionalmente se fazia a custos menores.

Sou contrário a que se pague o custo adicional de máquinas que nos vendem, a peso de ouro, os espertalhões das indústrias internacionais.

Precisamos mudar nossos programas e decisões políticas para a consecução de melhor saúde para as populações e, de acordo com as necessidades demonstráveis, estabelecer subsistemas ágeis excepcionais, computarizados ou não, para situações de exceção e que exijam agilidade.

3. Breve histórico do SIS em implantação

“Datam de 10 anos, pelo menos, os estudos visando o estabelecimento de um SIS, no Brasil. Com a denominação inicial de sistema de estatística para o setor saúde, a idéia de dotar o país de mecanismos capazes de suprir de informações os órgãos de planejamento e de decisão do Ministério da Saúde, primeiramente, e, numa segunda etapa, as demais instituições e agências do governo, veio se substanciando através do tempo.”²

O documento do SIS/MS ainda nos ensina uma cronologia bastante interessante, abrangendo o último decênio.

Em 1969, já se proclamava a necessidade de uma centralização estatística no plano normativo, com descentralização executiva. Este estudo houvera sido feito por uma Comissão Técnica constituída de técnicos do Ministério da Saúde, da Fundação Sesp e da Organização Panamericana da Saúde e concluíra pela necessidade de se consagrar a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde como sede das informações estatísticas do setor.

Em 1971 foi criado o núcleo de informática da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, para manter arquivos de documentos de natureza técnica, normativa, legal e administrativa, além de manter atualizado um sistema de dados estatísticos, relatórios e outras informações, necessários aos estudos e trabalhos do ministério.

Em 1972, foi delegada à Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais (Pappe) da secretaria-geral do ministério a função de promover e coordenar os estudos do centro de informática para o setor saúde.

Em 1973, realizou-se uma reunião para estudo e discussão de documentos básicos elaborados pela Pappe sobre um sistema de informação do setor saúde para o Brasil com a colaboração da Organização Panamericana da Saúde. Participaram representantes das organizações mencionadas e dos estados de Pernambuco, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará e do Distrito Federal. Como resultados do evento foram assinados, já no final do mesmo ano, dois acordos com a Opas, que garantiriam a implantação de um sistema de informação de saúde para o Brasil.

Em 1974, surgem os projetos Implantação do Sistema Nacional de Informações sobre Saúde e Implantação do Centro de Processamento de Dados do Ministério da Saúde, que obtiveram consignação de recursos do II PND, e foram caracterizados como matéria prioritária.

Em 1975, iniciam-se as atividades do núcleo de informática da secretaria-geral e realiza-se uma Reunião Nacional de Sistemas de Informações de Saúde com a participação de técnicos de todo o país e dos órgãos-chave do Ministério da Saúde.

Em 1976, a Fundação Sesp é incumbida de instalar, operar e manter o Centro de Processamento de Dados (CPD), do Ministério da Saúde, que permaneceria

² Ministério da Saúde. *Sistema de informações de saúde*. Brasília, 1980. mimeogr. p. 5.

“subordinado tecnicamente à secretaria-geral”. Ainda nesse mesmo ano implantou-se em todas as unidades da federação o sistema de informação sobre mortalidade e iniciou-se o desenvolvimento da área de informação de vigilância sanitária.

Em 1977, elabora-se o Plano Diretor de Processamento de Dados do Ministério da Saúde, a fim de operacionalizar o projeto de implantação do CPD.

Em 1978, ocorre a incorporação do CPD à estrutura organizacional da Fundação Sesp. No mesmo ano reestrutura-se a secretaria-geral do ministério, com a incorporação do núcleo de informática à secretaria de planejamento da secretaria-geral.

No momento, três subsistemas estão em funcionamento: o de mortalidade, o de cadastro de estabelecimentos de saúde e o de produtos registrados na Divisão Nacional de Alimentos da Secretaria de Vigilância Sanitária.

4. *Propósitos e funções do SIS do Ministério da Saúde*

“O propósito geral da informação para a saúde, expresso em termos mais amplos, é o de contribuir para melhorar a saúde da população, facilitando a formação e avaliação das políticas, planos e programas, racionalizando o processo decisório, assim como contribuindo para tornar mais eficiente e eficaz o funcionamento dos serviços de saúde.”³

Do meu ponto de vista, pelo que talvez possa ser acusado de excessivo preciosismo, incorre-se em equívoco quando se explicita como propósito do SIS o de “contribuir para melhorar a saúde da população”. Para mim são coisas diferentes; parece-me mais coerente dizer-se que o propósito geral deva ser o de *facilitar* a formulação e a avaliação de políticas, *racionalizar* o processo decisório, contribuir para tornar mais eficiente e eficaz o funcionamento dos serviços de saúde, assim contribuindo para a melhoria das condições sanitárias das populações. Como enunciado no texto, o SIS seria um fim em si mesmo, e não um meio para facilitar o alcance de um fim. Não será função do SIS melhorar a saúde de ninguém. Ao meu ver, mais do que vício de linguagem, a afirmativa no caso pode trazer em seu bojo inadequado convencimento da autonomia e dominância do SIS sobre o setor a que deve servir. Compartilhando a opinião de Irwin H. Derman,⁴ minha preocupação apóia-se nas seguintes observações daquele autor:

- a) alguns sistemas parecem, consideradas suas distorções mais comuns, querer assumir, inconvenientemente, vida própria, com um fim em si mesmos;
- b) alguns sistemas parecem querer alcançar posições hierárquicas privilegiadas em relação aos que deles se servem, ou aos que os devem conduzir.

“São funções próprias dos SIS o planejamento e controle dos registros estatísticos, a coleta, o processamento, armazenamento, a difusão de dados e, juntamente com os usuários, proceder à análise e geração da informação.

(...) O SIS deve, ainda, cooperar com as diferentes estruturas do sistema de saúde na análise de seus programas e projetos e na seleção dos indicadores apropriados para os processos de programação, operação e decisão.”⁵

³ Ministério da Saúde. op. cit. p. 10.

⁴ Derman, Erwin H. op. cit.

⁵ Ministério da Saúde. op. cit. p. 10.

Parecem adequadamente abordadas as funções do sistema. Apenas como contribuição, lembraria que a geração da informação não é por si só suficiente para que sejam cumpridas suas finalidades. É preciso cultivar a integração dos indivíduos que as produzem, zelar por sua circulação adequada, cuidar dos seus relacionamentos com os níveis políticos e administrativos. E, em muitos casos, conjugar esforços com os usuários do sistema para obter sua melhor utilização.

5. Caracterização do Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde

O documento básico ressalta:

“As características de um sistema de informação de saúde decorrem necessariamente do sistema de saúde no qual ele se insere. Conseqüentemente, deve estar orientado para atender aos objetivos, políticas e prioridades estabelecidas por este mesmo sistema sanitário.”⁶

A essa caracterização geral — quase ambígua — eu acrescentaria que todo sistema de informações para a saúde deve guardar características de flexibilidade e buscar toda simplicidade possível, sobretudo se pretende servir às políticas de serviços básicos.

Ao caracterizar a estrutura do SIS, prescreve o documento básico:

“... *coordenado* pelo Ministério da Saúde, com efetiva e irrestrita colaboração do Ministério da Previdência e Assistência Social, sua estrutura se apóia fundamentalmente nas secretarias estaduais de saúde das unidades federadas, contando, também, com a participação das demais instituições que manipulam dados e informações de interesse do setor saúde, sejam elas do próprio setor ou extra-setoriais. Por conseguinte, caracteriza-se por ser cooperativo e por ter abrangência nacional.”⁷

Teoricamente, tal concepção está correta e não mereceria profundos reparos. Todavia, sem exageros ou pessimismos infundados, parece, na melhor das hipóteses, uma declaração unilateral de boas intenções, descuidando aspectos cruciais da realidade do setor. Quem detém as informações mais importantes e melhores sobre saúde neste país é o Ministério da Previdência e Assistência Social. A minha pergunta — e de muitos que têm familiaridade com o setor — é: como o MPAS aceitaria ser coordenado pelo Ministério da Saúde? É de boa lembrança, neste momento, a assertiva de que, em nossa sociedade, o domínio de informações tem gerado posições vantajosas, em termos de poder, tem viabilizado recursos manejáveis por grupos de representação política, entre outras vantagens.

Além disso, a coordenação de um sistema de âmbito nacional apoiado *fundamentalmente* nas secretarias estaduais de saúde parece-me, no mínimo, uma proposta temerosa. Há realidades diversas, contraditórias, particularíssimas no âmbito das secretarias estaduais.

Recentemente, durante o XII Congresso Nacional da Federação dos Sindicatos Médicos, fiz várias afirmações frente a meio milhar de técnicos do setor.⁸ Não tenho sido contestado uma única vez, creio que ao menos concordavam comigo, ou partilhavam minhas colocações tão angustiantes quanto severas no que diz res-

⁶ Ministério da Saúde. op. cit. p. 11.

⁷ Ministério da Saúde. op. cit. p. 11.

⁸ Rulli Costa, F. *Recursos humanos para operacionalização da rede básica*. Palestra proferida no XII Congresso Nacional da Federação Nacional dos Sindicatos Médicos, Brasília, 1981, mimeogr.

peito à proposta de coordenação do SIS com base nas secretarias de saúde. Tomo assim a liberdade de resumidamente transcrevê-las, pensando com isto poder reforçar minhas preocupações quanto à utilização das estruturas mencionadas, de forma tão otimista:

“As secretarias estaduais de saúde são os órgãos que devem viabilizar, quer na implementação, quer na formulação, toda a proposta política do setor saúde, sob as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde. O que pode parecer supérflua afirmação não o será assim tanto: persistem resistências fortemente organizadas que reagem com violência às tentativas de definitivo estabelecimento de tal definição. São estas estruturas que implantarão descentralizadamente os serviços básicos, de forma regionalizada, sob critério de hierarquização de serviços, com aplicação de tecnologia básica, incorporando sua prática aos práticos interesses das comunidades, para a consecução da política geral de dar às populações carentes majoritárias oportunidades mínimas para uma saúde mais compatível com sua condição humana.

Os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que desempenham suas funções nos estados, têm denunciado, freqüentemente, as grandes carências de nossas secretarias estaduais. Isto não revela uma atitude pessimista mas uma consciência de suas obrigações coletivas e profissionais. Acreditando que a afirmativa seja válida, como generalidade, alinhio, a seguir, alguns dos seus principais componentes:

- a) a baixa representatividade política, em alguns casos condicionante até de desvios de eixo de liderança do setor, para fora do âmbito da instituição que tradicionalmente o personalizava, ou mesmo anêmica conformação da mesma, desqualificando seu relacionamento com os níveis de poder e decisão política;
- b) a alocação insuficiente de recursos financeiros, tendente ao agravamento, demonstrada por seus percentuais cada vez menores na composição dos orçamentos estaduais e federais;
- c) a debilidade técnica e administrativa das instituições estaduais públicas, como decorrência do aviltamento de suas reais funções e finalidades, e privilegiamento de estruturas paralelas, intérpretes, quase sempre, dos interesses do setor privado;
- d) a persistência de estruturas organizacionais envelhecidas e incompatíveis com o momento atual da saúde e, via de regra, utilizada fora dos propósitos fins, resumidos na prestação de serviços de saúde às populações.

Há, ainda, as indefinições, no nível federal, sobre estabelecimento e continuidade de políticas para o setor, refletidas nas contradições mais corriqueiras que se estabelecem a partir da dicotomia existente entre as áreas curativa e preventiva, e do que é decorrente de sua prática, agravante das distorções identificadas. Também a expressão de um poder centralizador, no nível federal, dispensador prepotente dos recursos financeiros mendigados por secretarias pobres, e que revela um mecanismo burocrático retardador das ações de linha de frente, no plano da prestação periférica das ações. Lembrar que além de viverem um clima interno de profundas contradições políticas que costumam extrapolar o âmbito da saúde, e influenciam seu desempenho técnico, sofrem as secretarias de saúde estaduais dos males crônicos da insuficiência de recursos físicos e financeiros e padecem de debilidade administrativa, sobre uma base físico-organizacional insatisfatória, inadequada e, como agravante, caduca.”

O fato é que, à luz desta realidade incontestada, precisaremos reinventar estratégias para conseguir as mudanças capazes de reverter expectativa tão desfavorável.

6. Áreas de informação

Um sistema de informação para qualquer setor deve guardar estreita relação com as políticas a serem implementadas, com as definições de normas programáticas e administrativas vigentes e com o estabelecimento das prioridades estabelecidas. Estas três coisas, fundamentalmente, orientarão a definição das informações a serem prestadas, prioritariamente, pelo sistema. Da mesma maneira, critérios homogêneos de programação, supervisão e avaliação facilitam a definição dos dados a serem coletados e transmitidos, os instrumentos de coleta, as saídas do sistema.

Para o caso específico do setor saúde, o documento básico é claro e incisivo: "... dentro das limitações decorrentes do grau de especificidade destes critérios, dispõe-se atualmente de elementos de juízo suficientes para estabelecer a informação que o SIS-MS deverá fornecer e delimitar os subsistemas a serem desenvolvidos em curto e médio prazos."⁹

Estão identificadas as seguintes áreas de informação: demografia, morbidade, meio-ambiente, recursos de saúde e produção de serviços.

Sobre demografia o documento parece ser bastante claro e cobrir o necessário: "o conhecimento da população quanto ao volume, estrutura, distribuição e dinâmica deve estar disponível com a desagregação requerida pelos diferentes níveis do sistema de saúde".¹⁰

Morbidade constitui-se no segundo grupo essencial de informação. Os dados deverão ser obtidos em instituições assistenciais, registros de acidentes e de notificação de doenças profissionais, notificações de doenças transmissíveis, ou por levantamentos especiais de população.

Em relação ao meio-ambiente serão articuladas informações sobre poluição ambiental, habitação, manipulação de alimentos, provisão de água, rede de esgoto, eliminação de dejetos e coleta de lixo.

Sobre recursos de saúde e produção de serviços as informações devem cobrir recursos humanos, físicos e financeiros que guardem estreita relação com a produção de serviços o que, por sua vez, abrange prestação de serviços diretos e intermediários às pessoas e ao meio-ambiente, bem como ações complementares de vigilância sanitária, pesquisa e capacitação de pessoal.

Quanto a outras informações refere-se o documento à informação documental e de controle administrativo, além daquelas do âmbito das características geográficas, sócio-econômicas, vias de comunicação, estrutura política e administrativa e saúde animal.

Não há dúvida de que se trata de proposta bastante ambiciosa. Ambiciosa mas factível. No que concerne à dedicação de profissionais do setor e à sua seriedade em levar adiante uma proposta que, se não perfeita, parece bastante próxima das nossas reais necessidades, não há que temer. Entretanto, a factibilidade da proposta só será garantida se precedida por uma clara definição política do Minis-

⁹ Ministério da Saúde. op. cit. p. 11.

¹⁰ Id. ibid. p. 12.

tério da Saúde. Mais que clara, definitiva. Definitiva e séria. Séria e ousada, além de abrangente. Abrangente e perene.

Há que se trabalhar muito para se tirar o propósito do papel e levá-lo à prática. A possibilidade de equacionamento da questão talvez possa estar mais perto de todos: a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, catalisando, também, a unificação dos setores de informática de ambos, que passariam a somar forças e qualificação, na nova estrutura organizacional, para produzir os efeitos desejáveis. Mesmo sob o risco de termos, num quarto exíguo, um elefante assustado e um rato irritado.

7. Estratégia para a implementação do SIS-MS

Segundo o documento básico, o SIS terá sua implementação dentro das seguintes linhas:

- a) dar-se-á por etapas, atendendo às necessidades básicas decorrentes de políticas setoriais;
- b) promover-se-á o desenvolvimento dos sistemas estaduais de informação, canalizando a colaboração técnica e financeira dos órgãos federais para esta finalidade;
- c) apoiar-se-á a estruturação ou reestruturação dos órgãos setoriais de informações das unidades federadas e a capacitação de seu pessoal;
- d) estimular-se-á a organização de unidades de informação nas diretorias regionais de saúde;
- e) ter-se-á, em caráter prioritário, atividades de coordenação intra e extra-setoriais, em todos os níveis do sistema de saúde, com os órgãos que produzem informações e com seus usuários;
- f) buscar-se-á a integração ou adequação dos subsistemas atualmente existentes;
- g) integrar-se-ão os sistemas ou subsistemas das estruturas do Ministério da Saúde, em operação.¹¹

Do meu ponto de vista, esta parte do documento mereceria mais cuidadosa observação e, talvez, reparos. Antecipo a possibilidade, ou o perigo, de que não se passe do terreno das intenções, já que o documento não chega a detalhar como serão implementadas as estratégias declaradas.

Preocupa-me sobretudo que as linhas não tenham sido suficientemente discutidas e ponderadas em suas implicações políticas. Quem tem um mínimo de conhecimento da vida e da organização de nossas instituições públicas há de compartilhar minhas inquietações. Não basta, por exemplo, declarar que todos os órgãos do ministério integrar-se-ão ao SIS, pois esta integração não se dá por decreto nem por toque de mágica. Devem ser produzidos documentos nos quais se explicita de forma lúcida e consistente como tal integração vai ocorrer, em que tempo, sob quais condições. Tais definições seriam mais do que desejáveis, mas teriam que ser viáveis.

Iguais inquietações provoca a afirmação de que serão integrados os subsistemas existentes no país.

¹¹ Id. *ibid.* p. 13.

Sem querer ser mais drástico o documento fala em estimular a organização de unidades de informações nas diretorias regionais de saúde. Mesmo os mais familiarizados com o setor perguntariam: que diretorias regionais de saúde? Onde se encontram? Qual a sua representatividade? Qual o seu grau de eficiência e efetividade?

Sem dúvida, o que se propõe para o nível técnico do Ministério da Saúde, ou seja, o elenco de responsabilidades definidas para o nível central revela não só conhecimento da matéria, como acúmulo de experiência significativa e respeitável sobre o assunto. Do meu ponto de vista, resulta em manifestação irrepreensível a explicitação de suas funções dentro do SIS-MS.

O nível central do Ministério da Saúde, ao elaborar a proposta vê, coerentemente, as secretarias estaduais de saúde como os órgãos responsáveis pela verdadeira operacionalização do sistema. Contudo, a este observador parece excesso de otimismo ou de ingenuidade esperar que a questão da informação receba prioridade única e exclusiva, num ano eleitoral como o que vivemos. Quando muito, apenas algumas poucas talvez pudessem concluir seu trabalho satisfatoriamente, estruturando ou reestruturando seus setores de informática. Mais realisticamente, parece arriscado contar com tal decisão, dado o seu limitado impacto político. Pode-se esperar que optem por construir unidades sanitárias, inaugurá-las festivamente, mesmo sem saber ao certo quais suas identidades com as exigências da realidade.

Em resumo, a proposta supõe, a nível estadual, uma correção técnica irretocável que só se pode esperar de secretarias de saúde de bom porte, ótimo desempenho e bons recursos. Se as temos, são poucas. Esperar que as outras alcancem esses padrões a curto prazo e num ano eleitoral seria, desde já, pôr em risco a própria implementação do SIS.

Quanto ao nível regional, as funções propostas, do ponto de vista deste observador, deveriam ser colocadas como alternativas para os estados ou regiões que já dispõem de estruturas adequadamente implantadas, e em operação, ou para centros regionais em funcionamento, consideradas as diferentes realidades. Não se pode desconsiderar que para a maioria de nossos estados a regionalização de serviços de saúde não passou de atraente desenho nas paredes das secretarias.

Mais uma vez, como concepção teórica, a proposta parece-me reunir méritos, mas há que serem lembradas questões de ordem técnica no mínimo curiosas, quando não de difícil equação. São questões relacionadas ao tamanho das regionais, suas disponibilidades físicas, existência de recursos humanos e materiais, distâncias, regularidades dos meios de comunicação e tráfego. Essas questões, na diversidade de um país como o nosso, exigiriam adequações, adaptações ou mesmo iniciativas ímpares e especiais.

As funções definidas para o nível local constituem o ponto mais vulnerável da proposta. A esse nível se arranjam, de forma aleatória e descontrolada, aspirações as mais diversas e distantes da realidade. Um posto de saúde do interior do Maranhão, por exemplo, deverá estar apto para codificar ou consolidar dados coletados, elaborar tabelas, calcular indicadores, melhorar as estatísticas vitais, etc., além de desenvolver todas as atividades administrativas e técnicas próprias da unidade. Na verdade propõe-se que um auxiliar de serviços de saúde, de nível primário, com precaríssimo treinamento, sem supervisão adequada, sem reciclagens e demais cuidados, ganhando miseravelmente, execute todas as atribuições previstas pelos sistemas diversos, além de cumprir as expectativas do SIS-MS. Afinal, temos que levar em conta a realidade dos recursos humanos e atentar para

o fato de que as exigências do sistema de informações não devem obstruir o atendimento das atividades substantivas.

O discernimento louvado no que se propõe para o nível central de participação no SIS está longe de ser encontrado no que diz respeito ao envolvimento do nível local. Talvez isto revele o despreparo dos níveis centrais para abordar as questões da prática elementar, aquelas que dizem respeito ao dia-a-dia das organizações periféricas do setor.

Não há dúvida de que esta distorção tem ocasionado correntemente séria dificuldade na implantação de programas de abrangência coletiva na prática de saúde pública dos últimos anos, em nosso país. A menos que sanado tal despreparo, a situação pouco se alterará.

8. *Funções dos participantes do SIS-MS*

Apresentam-se, a seguir, as funções dos órgãos setoriais de informação, nos diferentes níveis, envolvidos no SIS-MS:

1. Nível federal

1.1 formular a política setorial de informação compatibilizando-a com a do sistema geral de informação do país;

1.2 definir junto aos usuários a informação requerida, nos diferentes níveis de organização do sistema de saúde;

1.3 desenvolver o modelo do Sistema de Informação de Saúde, SIS-MS;

1.4 implantar o SIS em todo o país;

1.5 normalizar, junto às unidades federadas, os procedimentos para a operação do SIS-MS;

1.6 coordenar as atividades dos órgãos setoriais de informação;

1.7 articular-se com os diferentes órgãos extra-setoriais, que produzem dados de interesse para o setor, com a finalidade de estabelecer fluxo regular desses dados com o SIS-MS;

1.8 colaborar com os órgãos responsáveis, na implementação do SIS-MS nas unidades federadas;

1.9 promover a capacitação de pessoal para o SIS-MS e padronizar os programas correspondentes;

1.10 supervisionar e avaliar o funcionamento do SIS-MS nas unidades federadas;

1.11 promover e desenvolver estudos especiais destinados à capacitação dos dados produzidos regularmente;

1.12 colaborar com os diferentes órgãos na seleção dos indicadores para os processos de programação, operação e avaliação;

1.13 centralizar a informação requerida pelo setor e desenvolver, no âmbito nacional, um centro setorial de informação;

1.14 participar da elaboração e execução do Plano Diretor de Processamento de Dados do Ministério da Saúde e supervisionar e avaliar a sua execução;

1.15 definir e controlar o fluxo de solicitação e fornecimento da informação ao nível federal;

1.16 desenvolver metodologia para análise de informação setorial;

1.17 estimular a participação dos usuários no processo de análise dos dados e geração da informação;

- i.18 difundir a informação disponível;
- 1.19 participar, junto à estrutura de saúde do nível federal, da análise geral do sistema de saúde e de seus programas e projetos;
- 1.20 colaborar para o desenvolvimento do sistema de documentação básica;
- 1.21 revisar e propor modificações na legislação relacionada com o SIS-MS.

2. Nível central — unidade federada — Secretaria de Saúde:

- 2.1 definir a informação requerida pelo sistema de saúde da unidade federada;
- 2.2 planejar o sistema de informação de saúde da unidade federada, em concordância com as diretrizes e normas do SIS-MS;
- 2.3 desenvolver as normas operativas e implantar o SIS-MS nas unidades federadas;
- 2.4 coordenar as atividades dos órgãos envolvidos no sistema de informação da unidade federada;
- 2.5 coletar, transmitir e consolidar os dados nos níveis regionais e locais da unidade federada nos casos previstos pelo SIS e assessorar e supervisionar estas atividades nos demais casos;
- 2.6 processar os dados e calcular os indicadores requeridos nos diferentes níveis do SIS da unidade federada;
- 2.7 articular-se com órgãos extra-setoriais para estabelecer um fluxo regular da informação produzida por eles, de interesse para o setor, no âmbito da unidade federada;
- 2.8 desenvolver, no âmbito da unidade federada, um centro setorial de informação;
- 2.9 avaliar a qualidade dos dados produzidos pelo SIS, na unidade federada;
- 2.10 fornecer a informação requerida pelo nível federal, segundo as normas do SIS-MS;
- 2.11 participar, junto aos usuários técnicos específicos, da análise geral do SIS da unidade federada e dos processos de programação e avaliação;
- 2.12 desenvolver atividades para a capacitação do pessoal do SIS da unidade federada;
- 2.13 desenvolver os serviços de arquivo médico e de estatística das unidades de saúde;
- 2.14 revisar e propor modificação da legislação da unidade federada relacionada com o SIS da unidade.

3. Unidade federada — Secretaria de Saúde — diretorias regionais:

- 3.1 colaborar com o nível estadual, na implantação do SIS-MS na sua área;
- 3.2 fornecer apoio técnico para a organização das unidades de informação de nível local, na sua área, e supervisionar seu funcionamento;
- 3.3 receber e controlar os dados remetidos pelas unidades de saúde de sua área, e solicitar as correções, quando necessárias;
- 3.4 consolidar os dados de sua área e calcular os indicadores a serem utilizados no nível regional;
- 3.5 fornecer os dados requeridos para programação, acompanhamento e avaliação na região;

- 3.6 remeter ao nível estadual, segundo as normas do SIS da unidade federada, os dados coletados na sua área;
- 3.7 participar do melhoramento das estatísticas vitais de sua área;
- 3.8 colaborar, junto à unidade regional de vigilância epidemiológica, para o melhoramento da integridade e qualidade dos dados sobre doenças de notificação compulsória;
- 3.9 participar, quando necessário, do levantamento dos dados requeridos para estudos especiais;
- 3.10 participar do treinamento e atualização do pessoal envolvido na coleta de dados para o SIS.

4. Unidade federada — nível local

Neste nível incluem-se as unidades de saúde de todos os graus de complexidade, ainda que nos postos e centros de saúde não sejam desenvolvidas todas as funções detalhadas a seguir, nem exista uma unidade de informação diferenciada com pessoal específico do sistema:

- 4.1 coleta de dados requeridos pelo sistema da unidade federada, e os não-exigidos por ele mas necessários para uso interno da unidade de saúde;
- 4.2 controle da qualidade dos dados coletados;
- 4.3 codificação e consolidação dos dados coletados, quando necessário;
- 4.4 remessa dos informes estatísticos ao nível superior, segundo as normas do SIS da unidade federada;
- 4.5 elaboração de tabelas e colaboração na análise dos dados para uso local;
- 4.6 cálculo dos indicadores a serem usados nos processos de programação, acompanhamento e avaliação das atividades da unidade de saúde na área sob sua responsabilidade;
- 4.7 participação na melhoria das estatísticas vitais e naquelas necessárias para fins de vigilância epidemiológica, da área de responsabilidade da unidade de saúde;
- 4.8 admissão de pacientes para serem atendidos na unidade de saúde e manutenção de arquivos nominais de pacientes, arquivos de referência, de acompanhamento, de seguimento e de outros registros complementares;
- 4.9 manutenção do arquivo de fichas e prontuários médicos de pacientes.

9. Conclusões

De maneira global, a proposta apresentada pelo setor de informática do Ministério da Saúde alterna pontos de equilíbrio e de instabilidade, em todo o seu curso.

Há evidência de que se impõe um aprofundamento na análise de vários de seus pontos essenciais e redimensionamento de algumas funções e formas de envolvimento de seus participantes institucionais.

Do meu ponto de vista, não deve sua prática se dar a partir de um documento perfeito, bem discutido, melhor elaborado, mas a partir do que já é, hoje. A idéia é a de que sua configuração definitiva seja atingida na medida em que a prática se realize, como opção otimizada.

Os níveis periféricos de operação não podem ficar alheios ao processo que se estabeleça ou serem excluídos dele. As realidades devem ser exploradas a partir daqueles que as vivenciam, por aqueles que são também seus atores principais.

Há que se tentar, a todo custo, a arregimentação de formas, conhecimentos, tendências, práticas, experiências e poder, do nível central em direção ao periférico, e promover-se sua coordenação e condução por quem se encontra no exercício da liderança política.

Há, ainda, que se colocar o programa dentro de uma perspectiva que não desconheça o universo em que estamos mergulhados e não negligencie seus componentes políticos e operacionais mais expressivos, de tal forma que não sejam supervalorizados fracassos inevitáveis nem sucessos repentinos.

Há que se buscar melhor compreensão das necessidades conceituais, operacionais e metodológicas próprias do sistema quanto à capacitação de pessoas, acompanhamento de atividades, articulação com outros segmentos do conjunto, supervisão e avaliação global e de suas partes.

Há, enfim — como parece querer admitir o documento básico — que se fazer, a partir de sua implantação/implementação, opção séria e organizada na perseguição de um sistema efetivamente coerente e prestável ao setor saúde do país, especialmente ao setor saúde pública.

Summary

Nobody is going to deny that the question of information will not be solved by a merely technological solution. Many a time, information is produced for nothing.

The health sector has survived through absent, insufficient and unsatisfactory information, notwithstanding the huge machinery now available, or maybe even because of it and of its magnificent operators. No one is ignorant of the sector having to plan, execute, follow up and evaluate our health programs on the basis of precarious information, in quantity as well as in quality.

Lately, there has been a more intensive effort towards an information system for health — Sistema de Informação para Saúde: SIS in pace with our national realities.

The proposal of such a service, forwarded by the Ministry of Health in 1980, and now being implanted, is examined by the Author after identifying critical points of the “natural” information system and presenting a brief historical note on the SIS. By stating its purposes, functions, characteristics and information areas, he analyzes the implementation strategy and the functions ascribed to the participants, basing his criticism on his own experience in several different situations in the health system, lived at various points of the country.

He finishes with suggestions, which have in view to overcome previously anticipated difficulties and to emphasize the information problem political dimension.

Aware that the sanitary situation is increasingly aggravated by other more relevant factors than a mere lack of information, the Author intends, with his article, to contribute for SIS producing opportune and significant information, having flexibility to deal with exception and being operated at a cost bearable by society itself.

Bibliografia

- Derman, Erwin H. Sistemas de información gerencial: errores y remédios. *Administración de Empresas*, Buenos Ayres, Arindo, (68):727-40, nov. 1975.
- Magalhães, M. A história da saúde pública nos últimos 50 anos. In: *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados*. Anais. Brasília, 1980.
- Ministério da Saúde. *Sistema de informação de saúde*. Brasília, 1980, mimeogr.
- Ministério da Saúde. *Documento de orientação para a organização e operação de unidades de informação nos módulos básicos*. Brasília, 1981. mimeogr.
- Ministério da Saúde. *Unidades de informação nas secretarias estaduais de saúde: sugestões para organização*. Brasília, 1981. mimeogr.
- Rulli Costa, F. *Recursos humanos para operacionalização da rede básica*. Palestra proferida no XII Congresso Nacional da Federação Nacional dos Sindicatos Médicos. Brasília, 1981. mimeogr.
- . *Decisão e informação gerencial*. Trabalho apresentado à disciplina Decisão e Informação Gerencial, do Cipad, como tarefa intermediária. Brasília, jan. 1982.

OS “COBRAS” DA ECONOMIA BRASILEIRA ESCREVEM NA REVISTA BRASILEIRA DE ECONOMIA.

Há 30 anos surgia a Revista Brasileira de Economia, editada pela Fundação Getúlio Vargas E, desde então, a RBE vem acompanhando o desenvolvimento da nossa economia através do comentário autorizado dos grandes especialistas brasileiros da matéria.

Fique por dentro da economia brasileira.
Leia e assine RBE.