

Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS.

Health information as a strategic tool for the qualification of management and the strengthening of social control in the Brazilian Unified Health System (SUS).

Información en salud como instrumento estratégico para la gerencia de calidad y el fortalecimiento del control social en el sistema único de salud del Brasil.

André Luis Bonifácio de Carvalho¹

RESUMO:

A informação no âmbito da gestão da saúde pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da realidade sócio-sanitária, contribuindo para a qualificação das ações da gestão e do controle social. Apesar disso, e embora o setor produza um volume considerável de dados e informações, a utilização das mesmas para os processos de qualificação da gestão e do controle social ainda é insatisfatória. O presente texto busca, de forma preliminar, contribuir com a discussão da necessidade de fortalecer o uso da informação em saúde como ferramenta estratégica favorecendo à tomada de decisão. Para tanto foram destacadas e analisadas as responsabilidades sanitárias relacionadas à gestão da informação contidas nos Termos de Compromisso de Gestão dos 26 Estados e do Distrito Federais, como não realizadas ainda, sendo verificadas as maiores fragilidades vinculadas ao processo de monitoramento e avaliação das ações de saúde, como também aos processos vinculados a implantação da ouvidoria do SUS, sendo mais evidente nas regiões Norte e Nordeste.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do SUS; Gestão da Informação; Informação em Saúde; Informação e Controle Social.

ABSTRACT

¹ Fisioterapeuta, Professor da UFPB/CCS/DPS/NESC; Sanitarista, Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS-DEMAGS/SGEP-MS: andre.bonifacio@saude.gov.br

Information in the ambit of health management can be categorized as an instrument of policy making, enabling the understanding of social health conditions and contributing to the qualification of action plans in management and in social control. Nevertheless, and although the area produces a considerable amount of data and information, their use for the qualification of management and social control is still unsatisfactory. The article seeks, in a preliminary way, to contribute to the discussion on the need to strengthen the use of health information as a strategic tool in favour of decision-making. We highlight and discuss the responsibilities related to health information management within The Terms of Commitment for Management for the 26 Brazilian States and the Federal District, as yet unrealized. The study found that the greatest vulnerability lies in the process of monitoring and evaluation of health actions as well as processes linked to the implementation of the ombudsman of the SUS, more evident in the North and Northeast.

KEYWORDS: SUS System Management; Information Management; Health Information; Information and Social Control.

RESUMEN

La información en el ámbito da gerenci de la salud puede ser considerada como un instrumento de apoyo al proceso de toma de decisiones haciendo posible el conocimiento de la realidad socio-sanitaria, contribuyendo para incrementar la calidad de las acciones de la gerencia y de control social. Sin embargo, aunque el Sector Salud produzca un volumen considerable de datos e informaciones, la utilización de esas informaciones para los procesos de gerencia de mejor calidad y de control social aún es insatisfactoria. El presente texto tiene por objetivo preliminar contribuir para la discusión sobre la necesidad de fortalecer el uso de la información en salud como instrumento estratégico favoreciendo la toma toma de decisiones. Para eso, fueron destacadas y analizadas tanto las responsabilidades sanitarias relacionadas con la gerencia de la información contenida en los Términos de Compromiso de Gerencia de los 26 Estados y el Distrito Federal del Brasil, así como las aún no realizadas, siendo verificadas las mayores fragilidades vinculadas al proceso de monitoreo y evaluación de las acciones de salud, como también a los procesos relacionados con la implantación de los instrumentos de oyeduría o oidoría (“ouvidoria”) del Sistema Único de Salud (SUS), siendo más evidente e las regiones Norte y Nordeste del país.

PALABRAS CLAVE: Gerencia de salud; Gerencia de Información; Información en Salud; Información; Control Social.

INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA: UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL

As transformações que emergem no cenário mundial trazem à tona novos paradigmas, cuja sustentação se dá com base em novas tecnologias de informação e comunicações, e que encontram no movimento da globalização campo fértil para desenvolver-se, daí surgindo denominações as mais diversas e que trazem em comum o fenômeno da informação como elemento que se destaca na formatação dos caminhos da nova sociedade.

“A sociedade da informação não é um modismo. Representa uma profunda mudança na organização da sociedade e da economia, havendo quem a considere um novo paradigma técnico-econômico. É um fenômeno global, com elevado potencial transformador das atividades sociais e econômicas, uma vez que a estrutura e a dinâmica dessas atividades inevitavelmente serão, em alguma medida, afetadas pela infra-estrutura de informações disponível. É também acentuada sua dimensão político-econômica, decorrente da contribuição da infra-estrutura de informações para que regiões sejam mais ou menos atraentes em relação aos negócios e empreendimentos. Sua importância assemelha-se a uma estrada de rodagem para o sucesso econômico das localidades. Tem ainda marcante dimensão social, em virtude de o seu lado potencial promover a integração, ao reduzir as distâncias entre pessoas e aumentar o seu nível de informação”. (BRASIL, Ministério da Ciência e Tecnologia – Livro Verde/2000).

A informação é apontada por Moraes (1994), como uma descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático. Pode-se dizer que é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo mediante regras de simbologia. É, portanto, a “ponte” entre fatos da realidade ou as idéias de algumas pessoas e as idéias ou conhecimento de outras.

Para Barreto (1994) a informação, quando adequadamente assimilada produz conhecimento, modifica o estoque mental de informações individuais e traz benefícios ao seu desenvolvimento e ao desenvolvimento da sociedade em que ele vive. Assim, como agente mediador na produção do conhecimento, a informação qualifica-se, em forma e substância, como estrutura significante com a competência de gerar conhecimento para o indivíduo e seu grupo.

Gómez (1995) afirma que é possível dizer, se a sociedade moderna, sociedade do conhecimento caracterizou-se por ser uma grande produtora e usuária de informações, a sociedade contemporânea é aquela que produz e consome meta informação: informação acerca das informações.

Para Castells (2000), informação e conhecimento sempre foram cruciais no crescimento da economia, e a evolução da tecnologia determinou em grande parte a capacidade produtiva da sociedade e dos padrões de vida, bem como as formas sociais de organização econômica. Para ele a emergência de um novo paradigma tecnológico organizado em torno de novas tecnologias da informação, mais flexíveis e poderosas, possibilitou que a própria informação se tornasse um produto do processo produtivo.

Varela (2007) apud Capurro; Hjørland, 2003, afirma que no campo da Ciência da Informação, o conceito de ‘informação’ é utilizado no sentido de conhecimento comunicado. Esta perspectiva inclui conceitos de novidade e relevância e refere-se ao processo de transformação do conhecimento e, particularmente, à sua seleção e interpretação em um contexto específico. Nessa área, aparecem óbvias a superposição e a complementaridade de significado entre informação e conhecimento.

A mesma autora define informação como objeto complexo e intangível, produzido e utilizado pelo homem em um ciclo complexo que engloba processos cognitivos. O

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

reagrupamento de várias informações pelos analistas gera o conhecimento útil para a tomada de decisão, o qual permitira criar inteligência, ao ser inserido em um contexto global.

INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA A GESTÃO DA SAÚDE

No âmbito do SUS, convencionou-se distinguir gestão (sistemas) de gerência (de unidades de saúde, programas e projetos), como forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder, em várias dimensões (política, técnica e administrativa). (CONASS, 2007).

Para efeito de ordenamento conceitual, o termo gestão em saúde reflete a incorporação das funções de condução política (tomada de decisão e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de políticas, programas, serviços e atividades.

Segundo Miranda (2007), pelo menos na perspectiva do SUS, a gestão governamental em saúde requer competências e capacidades de direção, comando, condução e comunicação. Todos eles de natureza polivalente: ética, política, técnica e administrativa. Elementos que podem, em certa medida, ser discriminados:

Competências e Capacidades	Caracterização
Direção	Com conteúdos propositivos e projetos coerentes com os fundamentos e rumos normativos do SUS
Comando	Integrado (intergestão), plural e participativo (co-gestão)
Condução viável	Busca constante de garantias para governabilidade, modos de governança (2) , capacidade organizativa e funcional etc.) e de estilo artesanal (uma vez que se refere a organizações burocráticas e ao mesmo tempo criativas), orientada para a implantação (planejamento etc.), implementação, administração (gerenciamento), regulação e avaliação das políticas de saúde
Comunicação	Interlocução, informação, difusão, constante no âmbito interno da gestão e principalmente na relação com a sociedade, competência e capacidade imprescindíveis para a busca de legitimidade política.

Santos e Andrade (2007), afirmam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. No federalismo (no SUS), todos são co-titulares dos interesses (da saúde) e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única).

Para Carvalho (2004) a informação no âmbito da gestão da saúde pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da realidade sócio-sanitária, epidemiológica, gerencial, demográfica, burocrática e orçamentária subsidiando as ações de governo e o desenvolvimento das políticas públicas em saúde, contribuindo para a qualificação das ações da gestão e do controle social.

Sendo assim, podemos afirmar que a finalidade da informação em saúde consiste em:

- Identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma dada população
- Reconhecer os problemas de saúde passíveis de intervenção;
- Entender a importância desses problemas para o quadro sanitário de grupos populacionais;
- Propiciar elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento
- Definir as prioridades com base na identificação dos problemas e auxiliar na tomada de decisão de forma racional;
- Incorporar as informações de interesse em saúde ao conjunto de conhecimentos sobre a realidade local/regional e,
- Fazer uso das informações na construção de diálogo com a sociedade, firmando compromissos e definindo responsabilidades, objetivando a melhoria da qualidade de vida, dentre outros.

Para o setor da saúde, como para os demais setores a informação é fundamental para a alimentação de processos racionais e contínuos que favorecem à tomada de decisão e conduzem ao desenvolvimento de ações e atividades capazes de impactar a situação de saúde. As informações em saúde devem abranger aspectos relativos ao processo saúde/doença e os de caráter administrativo/gerencial, todas essenciais ao processo de tomada de decisão.

Segundo Moraes (2007), ao procurar desvendar a gênese da atual lógica organizativa das informações de interesse para a Saúde, produzidas e geridas pelo aparato estatal, observa-se que a informação em saúde surge de certo “pré-juízo” de sinais, sintomas, signos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença/cuidado que, em um determinado contexto histórico, adquirem relevância política e social: tornam-se eventos que justificam seu

monitoramento, sua visibilidade, sua vigilância através de dispositivos de Estado no exercício de um biopoder.

Na abordagem feita pela referida autora, os marcos genealógicos da informação em saúde podem ser encontrados na ruptura da medicina clássica para a medicina moderna (com o pensamento anátomo-clínico e patológico), quando surge um novo significado para a Doença que passa a estar corporificada no indivíduo. As informações em saúde, nos moldes como se expressam até os dias atuais, consolidaram-se como um dos instrumentos estratégicos desse processo, ao amplificar, paulatinamente, o “olhar do médico” sobre o corpo do paciente para o “olhar dos aparelhos de Estado” sobre os “corpos das populações”, constituindo-se em espaço de disputas de relações de poder e produção de saber.

Para Simeão e Mendonça (2007) a “informação em saúde” é fundamental para o Estado e um direito do cidadão. Possui encadeamentos que criam redes de especialistas fortemente monitoradas. Estas redes são construídas através do governo e das políticas de instituições públicas e privadas trabalhando as informações corporativas e gerenciais, mas tem também ramificações essenciais no ambiente comunitário, onde as informações são utilizadas em um nível básico.

O acesso à informação constitui um dos pilares do projeto de conquista e construção da cidadania e de desenvolvimento das estruturas e instâncias governamentais e não governamentais. Entretanto, o direito à informação no cotidiano das instituições não tem merecido um tratamento à altura das conquistas obtidas com o advento da Constituição Federal de 1988.

Na área da saúde, nas últimas décadas, diversos autores têm destacado a importância e o papel da informação para as atividades de planejamento, execução, controle e avaliação da política de saúde, tanto em seus aspectos técnicos quanto gerencial. Apesar disso, e embora o setor produza um volume considerável de dados e informações, a utilização das mesmas para os processos de qualificação da gestão e do controle social ainda é insatisfatória.

É importante destacar que tal situação não guarda relação com a posição que o Brasil, em termos da produção de dados sobre saúde. Até o final da década de 70, a produção de dados nesse campo praticamente se limitava ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), criado em 1976. Hoje o setor é responsável por grandes bases de dados nacionais e/ou locais, que abrangem dados sobre condições de vida, epidemiológicos, de produção de serviços, financeiros, administrativos e gerências.

Podemos, mesmo assim afirmar que o processo de geração da informação não vem sendo efetivamente utilizado de maneira adequada, pelo processo decisório das instituições em saúde, o que observamos é um acúmulo de dados, mas com pouca transformação em informações que subsidiem a tomada de decisão.

O processo de geração da informação para a tomada de decisão possui um ciclo que tem como elementos os dados, que se constituem valores quantitativos não trabalhados, ou mesmo a simples enumeração de eventos, que ao serem analisados e interpretados tem a

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

capacidade de se constituir na representação quantitativa da realidade, auxiliando na descrição associada a uma explicação transformando-se assim em informação e conhecimento para a tomada de decisão.

Os sistemas de informação proporcionam as condições para que se realizem, desde o nível local do sistema de saúde: a coleta de dados, o processamento; o armazenamento; a consolidação e a análise e a transmissão e difusão de dados e informações.

Porém dispor desses recursos tecnológicos não garante a equipe gestora à produção de informações adequadas para a tomada de decisão, pois isoladamente essa tecnologia não ajudará a gestão do sistema de saúde.

Vale destacar que além de dispor desses recursos tecnológicos, os processos de trabalho envolvendo a coleta, o processamento, armazenamento, a consolidação e análise dos dados e informações sejam adequadamente estabelecidas.

Para que este processo se desenvolva de maneira satisfatória, quem lida com a gestão da informação no âmbito do setor da saúde, precisa responder algumas questões que envolvem a produção de informações em saúde:

- Que dados devem ser coletados e registrados?
- Como quais instrumentos, periodicidade e de que forma?
- De quem é a responsabilidade de registrar os dados?
- Os profissionais de saúde estão qualificados para trabalhar com dados e informações?
- Como analisar e de que forma apresentar as informações?
- O que fazer para circular as informações auxiliando a tomada de decisão?
- Como assegurar que as informações apresentadas tenham qualidade?
- Como garantir que o controle social faça uso das informações de saúde auxiliando a qualificação da gestão e o direito a saúde?
- Os conselheiros de saúde têm acesso a informações que auxiliam a tomada de decisão no espaço do conselho?
- Como a gestão faz uso destas informações para se comunicar com a comunidade?

GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES E EVIDÊNCIA PARA O PROCESSO DE COOPERAÇÃO INTERGESTORES.

Tratar a questão da gestão da informação, no âmbito loco-regional do Sistema Único de Saúde, pressupõe um ordenamento sincrônico entre as necessidades, demandas e possibilidades de resposta que terão de ser viabilizadas por quem tem a função de desenvolver ações e serviços de saúde. Nesse aspecto, é a própria Lei Orgânica da Saúde, (Lei 8.080/90) no seu capítulo IV – Das Competências e Das Atribuições – Seção I, inciso IV do artigo 15, que define a atribuição dos gestores em organizar e ordenar o SUS, inclusive no que tange aos processos de definição dos fluxos de produção, tratamento e disseminação da informação em saúde.

Segundo Moraes (2005), a informação contribui para ampliar a capacidade de argumentação dos cidadãos na defesa de seus interesses nos fóruns definidores da Política de Saúde, tornando-se um espaço estratégico na luta emancipatória, porém ao se analisar a situação da informação e informática em saúde, verifica-se que ainda existente no Brasil, um longo caminho a se percorrer, cujos percalços podem ser sintetizados:

- Fragmentação dos sistemas de informações em saúde (SIS), que não se falam, com uma gestão pulverizada nas instituições de saúde;
- Fraca identidade da área de informação e informática em saúde nas estruturas organizacionais, com os SIS vinculados a setores dispersos;
- Ausência de um processo coordenado em torno das práticas de informação e informática nas instituições de saúde, que permanecem dispersas e redundantes;
- Disseminação da informação em linguagem inadequada à população e aos conselheiros, sendo necessário decodificar a linguagem técnica para uma linguagem próxima do universo vivenciado pela população e conselheiros;
- As decisões relacionadas à informação em saúde são tomadas com baixa participação dos conselhos, nas três esferas de governo;
- Dificuldade no processo de apropriação da informação em saúde pelos conselhos;
- Ter o acesso à informação sem apropriar-se de seu significado/sentido e contexto empobrece o potencial de uso da informação nos embates em defesa dos interesses da população;
- Ausência de uma Cultura de Informação no SUS, acarretando seu pouco uso efetivo para apoiar a decisão em saúde;
- Ainda prevalece uma visão reducionista e tecnicista, de simples área meio, das práticas de informação em saúde, fragilizando sua atuação como espaço estratégico de disputa de interesses e de construção de uma consciência sanitária;

- Ocorre, cada vez mais, forte pressão das empresas privadas de informática em disputa pelo mercado da saúde;

- Em paralelo, há um processo de sucateamento das instâncias públicas de gestão da informação e informática em saúde, fortalecendo a tendência pela opção à terceirização.

A referida autora adverte que diante desse quadro, podemos concluir que a informação no mundo atual é um espaço de relações de poder e produção de conhecimentos, onde interesses econômicos, interesses políticos e sociais; e interesses da ciência e tecnologia estão em disputa por hegemonia.

Segundo Freire (2008), citando Marchiori (2002, p. 75), a gestão da informação é abordada na perspectiva de Ponjuan Dante como um “conjunto de processos que englobam atividades de planejamento, organização, direção, distribuição e controle de recursos de qualquer natureza, visando à racionalização e à efetividade de determinado sistema, produto ou serviço”. Nesta perspectiva, a gestão de recursos informacionais pode fazer a diferença de modo a favorecer o acesso a serviços e aplicações das tecnologias digitais de informação e comunicação.

No âmbito da história do setor da saúde e particularmente na história recente do SUS a crescente participação das administrações municipais na gestão da saúde, conseqüente ao processo de descentralização, a redefinição dos papéis gestores nos níveis estadual e federal e a reorganização do sistema de saúde para atender às demandas por ações e serviços têm apresentado novos desafios à área de informação.

Com o advento da descentralização através do processo da municipalização das ações de saúde(3)[3] as administrações locais, que até então atuavam apenas alimentando os sistemas de informação, assumem novas responsabilidades(4)[4]no processo de organização e gestão desses sistemas integrados aos sistemas estaduais e locais.

Dessa forma, a descentralização das ações e serviços de saúde, inclui a responsabilidade compartilhada dos níveis de governo com informações em saúde, o que não significa simplesmente transpor da gestão federal ou estadual para o nível local de gestão. Os municípios passam a ser reconhecidos como entes governamentais autônomos com responsabilidade pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região.

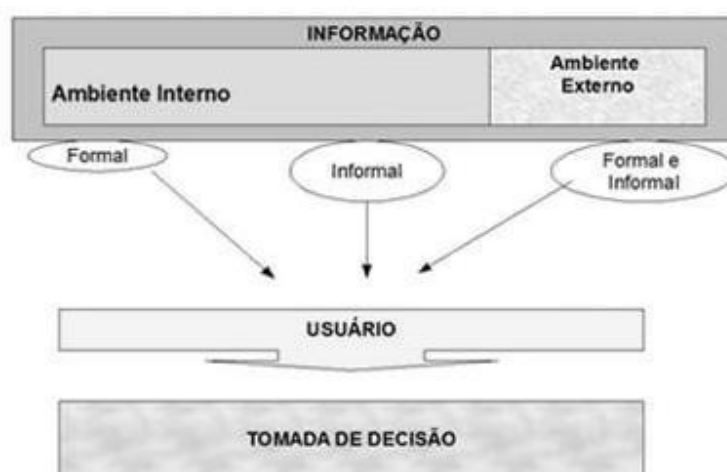
Como afirmado anteriormente, no setor da saúde quem, lida com a informação, lida com diversas fontes que podem ser encontradas no próprio espaço de trabalho ou em outros setores que guardam relação com as ações de saúde. A figura 1 abaixo ilustra a situação do processo de gestão da informação cuja natureza, formal ou informal, deve ser rigorosamente trabalhada por quem com ela lida.

Neste contexto 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 gestão e do controle social.

O gestor, que tem como uma de suas responsabilidades o controle, a avaliação e o monitoramento das ações e serviços de saúde situados em territórios diversos; se depara cotidianamente com processos que o fazem trabalhar com informações que, se bem utilizadas, possibilitam diagnosticar, planejar e avaliar as políticas de saúde no âmbito de sua esfera de gestão e faz com que ele se torne um tomador de decisões eficiente.

O que vemos, no entanto é que, apesar dos sistemas de informações em saúde, se constituírem em uma ferramenta capaz de atuando integradamente obter e selecionar dados propiciando sua transformação em informação estratégica, os mesmos em sua grande maioria não são compartilhados e utilizados para que se detectem potencialidades e limitações nas decisões tomadas por gestores e técnicos ampliando a massa crítica sobre as etapas do processo de geração da informação.

Figura 1 - Relação usuário, informação, tomada de decisão



Fonte: Lewis, et al, 1988: El Sistema de Información en los Silos: Proposta para Desarrollo - OPS

Segundo Moraes (2007) a superação das limitações da informação em saúde depende menos de iniciativas pontuais internas ao campo específico da informação e mais, dentre outras, da adoção de novos referenciais, a começar pelo significado e conceito de Saúde, onde estejam presentes outras dimensões do 'caminhar na vida', em seu dinamismo cotidiano, em que o indivíduo e a população estão inseridos.

Para a autora, referenciais explicativos para algumas das limitações das informações e ações de informação também podem ser encontrados na forma como ocorre o processo decisório em saúde. A gestão da Saúde se insere no modo como o Estado brasileiro implementa suas políticas sociais: de forma essencialmente tópica, atomizadora, fragmentadora em suas respostas às demandas sociais e reativa a situações com visibilidade na mídia que se tornam "crises" a merecerem suas ações. Citando Offe (1984) ela destaca que o aparelho de tomada de decisões se compõe de um complexo de burocracias que

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

operam de modo relativamente autônomo e que têm suas competências, clientelas e percepções próprias dos problemas. Daí resulta um modo de tomada de decisão política que fragmenta e retraduz a interdependência dos problemas sociais.

Por fim Moraes (2007), afirma que as informações em saúde constituem, para um dos dispositivos desse Estado fragmentado, postas a serviço de específicas Políticas de Saúde e estruturadas para subsidiar a atuação dos seus aparelhos em face de determinados interesses e práticas institucionais. Essa análise reforça a hipótese que a fragmentação existente nas informações em saúde é expressão da fragmentação e da forma do Estado brasileiro atuar. A lógica fragmentadora, que decompõe a realidade observada e ‘departamentaliza’ as demandas da sociedade, é hegemônica tanto na organização das informações em saúde quanto na sua estruturação e gestão no âmbito das instituições de saúde.

Neste cenário o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde/SUS, em seus 20 anos, tem como marca de implementação, dentre outros, o avanço dos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, processo que ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios buscando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, iniciaram a construção de uma nova agenda federativa que tinha como objetivo a discussão das responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde.

Em 2006, os entes federados firmam o Pacto pela Saúde que traz consigo a coerência com a diversidade operativa do sistema, o respeito às diferenças loco - regionais, agregando os pactos anteriormente existentes, reforçando a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de co-gestão, co-responsabilidades e planejamento regional, fortalecendo os espaços e mecanismos de controle social, qualificando o acesso da população à atenção integral à saúde, redefinindo os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizando a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propondo um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL 2006b).

A construção do Pacto pela Saúde tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas nos seus três componentes:

- **Pacto pela Vida:** Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da Saúde que deverá ser executada com foco em resultados e

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

- **Pacto em Defesa do SUS:** Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS, como Política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização do Pacto pela Saúde passa por um movimento de repolitização da Saúde, com uma clara estratégia de mobilização social com envolvimento conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da Saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público como um dos pontos centrais.

- **Pacto de Gestão do SUS:** Estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Radicaliza a descentralização, reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores, através da instituição de cinco grandes blocos de financiamento federal: atenção básica, média e alta complexidade da assistência à saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Por fim, estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Cabe destacar que o Pacto pela Saúde substituiu o processo de habilitação feito pelos processos normativos anteriores, por um processo de adesão, tendo como instrumento de pactuação entre os gestores do sistema, os Termos de Compromisso de Gestão (TCG).

Através deste instrumento buscamos identificar a situação da gestão da informação dos Estados e Municípios, que aderiram ao Pacto, pela análise das declarações feitas pelos gestores, considerando um recorte preliminar de responsabilidades existentes nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual, sendo importante destacar que tendo em vista as informações serem auto-referidas, trazem ao referido estudo limitações referentes, principalmente a forma como o processo de adesão foi conduzida, nos estados.

Para a definição dos critérios, tomamos como base a análise dos 26 TCG-Estadual e do Distrito Federal, no período de agosto de 2009, período escolhido pois nesta fase todos os Estados e o DF, já haviam aderido ao Pacto pela Saúde. É importante destacar que devido ao processo de adesão ter ocorrido em fases diferentes,⁽⁵⁾ [5] estes resultados podem ter sofrido modificações, que só poderão ser verificadas através de um processo de monitoramento permanente.

Os dados foram coletados, como citado dos TCG-Estadual e do Distrito Federal, tendo sido utilizado o aplicativo SIMPACTO/DEMAGS, que é utilizado para o cadastramento das

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

informações contidas nos Termos de Compromisso. Forma assim, destacadas um conjunto de responsabilidades por eixo, que guardam relação direta com as ações vinculadas a gestão da informação e que constam da tabela 1.

Tabela1: Situação de não cumprimento das responsabilidades relacionadas à gestão da informação, por Estado/Regiões e Brasil, agosto de 2009.						
Responsabilidades Sanitárias do Termo de Compromisso de Gestão Estadual	Situação Norte	Situação Nordeste	Situação Centro-oeste	Situação Sudeste	Situação Sul	Situação o Brasil
Responsabilidades Gerais e de Gestão						
1.8 a) Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento.	85,71%	33,33%	0%	25,00%	0%	38,46%
1.8 d) Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de monitoramento e avaliação.	85,71%	77,78%	66,67%	50,00%	0%	65,38%
Responsabilidades no Planejamento e Programação						
3.1 a) Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento Participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo: o plano estadual de saúde.	57,14%	44,44%	33,33%	50,00%	0%	42,31%
3.1 b) Formular, gerenciar, Implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo: submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.	42,86%	22,22%	0%	50,00%	0%	26,92%
3.3> a) Elaborar relatório de gestão anual.	28,57%	11,11%	33,33%	25,00%	0%	19,23%

Responsabilidades Sanitárias do Termo de Compromisso de Gestão Estadual						
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde	42,86%	0%	0%	0%	0%	11,54%
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.	42,86%	33,33%	33,33%	25,00%	0%	30,77%
Responsabilidades na regulação, controle avaliação e auditoria						
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.	28,57%	22,22%	66,67%	25,00%	0%	26,92%
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais.	85,71%	66,67%	66,67%	25,00%	33,33%	61,54%
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.	57,14%	66,67%	66,67%	50,00%	0%	53,85%
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual.	28,57%	44,44%	33,33%	0%	0%	26,92%
Responsabilidades na participação e controle social						
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.	57,14%	66,67%	33,33%	25,00%	0%	46,15%
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.	100,00%	55,56%	33,33%	50,00%	33,33%	61,54%
Fonte: SIMPACTO-Demags/SGEP-MS. Termos de Compromisso de Gestão (TCG) 26 Estados e do Distrito Federal, Agosto/2009.						

Para análise dos dados, tomamos como ponto de corte, o percentual de 50% ou mais de não realização, como sendo a situação onde os gestores apontaram maiores fragilidade no processo vinculadas à gestão da informação, indicando desta forma uma situação a ser considerada como prioritária, para o desenvolvimento de uma agenda de cooperação.

Observamos que as responsabilidades sanitárias que apresentam maior fragilidade para o maior número de regiões são que estão vinculadas ao desenvolvimento, a partir da identificação das necessidades, de um processo de monitoramento e avaliação (65,38%); monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais (61,54%); implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade (53,85%) e implementar ouvidoria estadual (61,54%), com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

Do ponto de vista das regiões, as que se apresentam maior fragilidade no conjunto dos processos inerentes à gestão da informação é a região Norte, seguida da região Nordeste. Já a região Sul é a que mais apresenta potencialidades no campo das responsabilidades pactuadas.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Aldo de Albuquerque. **A questão da informação**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.8, n.4, p 3-8, out./dez. 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM, nº 3027, de 26/11/2008**. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>, acesso em março, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM, nº 3060, de 28/11/2007**. Regulamenta a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do bloco de financiamento para a Gestão do SUS, no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>, acesso em março, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM, nº 2588, de 28/11/2007**. Regulamenta o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>, acesso em março, 2009.

CARVALHO, G.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8042/90)**. 2ª Edição, São Paulo: HUCTEC, p. 267, 1995.

CARVALHO, A.L.B. **A Gestão da Informação em Saúde e o Município: Um estudo sobre municípios que implantaram o Programa Saúde da Família e que estão integrados ao Projeto da Rede Estadual de Informação em Saúde REIS/RNIS-PB**. Dissertação de Mestrado defendida em Abril de 2004, junto ao Mestrado em Ciência da Informação-UFPB.

CASTELLS, M. **Era da informação: economia, sociedade e cultura**. 4. ed. v.1. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS). **A Gestão da Saúde nos Estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. CONASS, 1 edição, 2007.

FREIRE, G.H.A. **Construção participativa de instrumento de política pública para gestão e acesso à informação**. Perspectivas em Ciência da Informação. v.13 n.3 Belo Horizonte set./dez. 2008.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M.N. **Informação: dos estoques as redes**. Ciência da Informação, Brasília, DF, v. 24, 1995.

GOMES, H. F. **O ambiente informacional e suas tecnologias na construção dos sentidos e significados**, Ciência da Informação, Brasília, DF, v. 29, nº 1, jan.abr. 2000

LEWIS et al. **El Sistema de informacion en los silos**. 220-241 p. In: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Grupo de Trabajo del Programa de Desarrollo de Servicios de Servicios de Salud y el Grupo Interprogramático de los Silos. Washington, D.C. 1988.

MIRANDA, A.S. **Documento Técnico com subsídios para a construção de uma proposta para Painel de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS**, Brasília, Agosto de 2008, Mimeo.

MORAES, I.H.S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MORAES, I.H.S.; GÓMEZ, M.N.G. **Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.12 n.3; Rio de Janeiro maio/jun. 2007

Tempus - Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

MORAES, I.H.S. **Reflexões sobre o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde**; Relatório do Seminário Nacional de Comunicação e Informação e Informática em Saúde, para o exercício do Controle Social. Brasília, dezembro de 2005; Série D. Reuniões e Conferências; Ministério da Saúde.

SANTOS, L.; ANDRADE, M.O.L. **SUS: O espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos**. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: CONASEMS-IDISA, 2007.

SIMEÃO, E; MENDONÇA, A.V.M. **Comunicação da Informação em Saúde no Brasil: Aspectos de Qualidade e Desafios**. ANAIS do I Congresso Ibero-Americano de Comunicação da Informação em Saúde (CIACIS). Série Tempus, Brasília, p.85-93, Novembro de 2007.

TAKAHASHI, Tadao (Org.) **Sociedade da Informação no BRASIL. Livro Verde**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000.

VARELA, A.V. **Comunicação da Informação em Saúde: Contribuições das Teorias Cognitivas**. ANAIS do I Congresso Ibero-Americano de Comunicação da Informação em Saúde (CIACIS). Série Tempus. Brasília, Novembro de 2007. p.9-29.

(2) Governança com o sentido de capacidade de ação na implementação de políticas (meios de interlocução e mediação de conflitos de interesses, modos e mecanismos de responsabilização pública dos governantes etc.), de mediação entre Estado e sociedade; enquanto a governabilidade está referida às condições sistêmicas mais gerais em que se dá o exercício do poder na sociedade, tais como, características gerais do sistema político, relações entre os poderes, sistemas partidários, sistemas formais de intermediação de interesses etc. (SANTOS, 1997).

(3) Municipalização: É a gestão pelo poder público do município, dos serviços de saúde de abrangência municipal. Compreende-se que essa gestão exige a desconcentração e de serviços de saúde e a descentralização de recursos técnicos, administrativos, financeiros e físicos para o poder municipal, a quem caberá a responsabilidade sobre os mesmos.

(4) Verificar a história recente no âmbito da gestão do SUS com o advento do Pacto pela Saúde.

(5) No processo de adesão ao Pacto pela Saúde, tivemos o Estado do Tocantins que foi o primeiro a aderir em 14/09/2006 e o Piauí, o último Estado, em 08/04/2009.