

Referências

1. Viacava F, Dachs JNW, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(4):863-869.
2. Silva AAM, Ribeiro VS, Borba AF Jr., Coimbra LC, Silva RA. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):508-14.
3. Theme Filha MM, Gama SGN, Cunha CB, Leal MDC. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(supl.1): 83-91.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
5. Travassos C, Viacava F, Barros AJD, Cunha EMG. Comentários. In: Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. p. 23-47.
6. Barros AJD, Victora CG, Cesar JA, Neumann NA, Bertoldi AD. Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest? In: Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck AS, editors. *Reaching the poor with health, nutrition and population services. What works, what doesn't and why*. Washington, DC: World Bank; 2005. p. 281-306. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/complete.pdf>
7. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365(9462):847-54.
8. Barros AJ, Victora CG. A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian Demographic Census. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):523-9.

Principais desafios para os inquéritos populacionais na organização de um Sistema Integrado de Informação em Saúde

The main challenges to population surveys in the organization of an Integrated Health Information System

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça³

Os sistemas de saúde no Brasil têm se aprimorado de forma marcante nas duas últimas décadas e, com certeza, a grande massa de dados gerada vem possibilitando não só entender melhor o perfil da demanda dos serviços como também a construção de indicadores concretos a serem empregados na avaliação de serviços, ações e políticas. Não há dúvida, porém, de que ainda estamos longe de dizer que nossos sistemas já atingiram o nível ideal de cobertura e mais ainda de qualidade. No entanto, as possibilidades concretas hoje existentes a partir da disponibilidade de

informação nos diversos campos como também as técnicas de cruzamento entre os bancos têm produzido uma quantidade importante de estudos que oferecem material para o aperfeiçoamento das formas de organização do Sistema Único de Saúde, de seus mecanismos de controle e de avaliação e de construção de novas estratégias para racionalizar a atenção à saúde.

É importante considerar que o acesso aos bancos secundários que hoje incluem informações sobre movimento hospitalar e ambulatorial, atenção básica, exames diagnósticos ou procedimentos de alta complexidade, bem como sistemas específicos de notificação de agravos de saúde nos trazem apenas o perfil epidemiológico de quem procura os serviços de saúde. Diferentemente, as informações sobre estatísticas vitais contidas nos sistemas de mortalidade e de nascidos vivos, que são obrigatórios em todo o território nacional e compõem as exigências oficiais de registro civil, potencialmente cobririam a totalidade da população e não só aqueles que procuraram atendimento nos serviços de saúde públicos ou privados. Mesmo assim, estas informações que têm um fluxo e alcance diferente dos demais sistemas que se baseiam em dados de atendimento, também dependem diretamente do grau de resolatividade dos serviços para assegurar a consistência dos dados exigidos.

Na perspectiva de se conhecer o perfil epidemiológico da população, independentemente da procura de assistência, é que os inquéritos epidemiológicos cumprem um papel fundamental, não só para o conhecimento do quadro de morbidade referida, aferição de medidas, avaliação de acesso e grau de satisfação com a assistência recebida. Estas condições são especialmente importantes no campo da prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis. Por meio de inquéritos domiciliares que tiveram como objetivo inicial a estimativa de prevalência de fatores de risco para doenças crônicas, foi possível não só levantar associações entre exposições de risco ou proteção de doenças crônicas, atualmente já bem estabelecidas e comprovadas em estudo analíticos, como também analisar intervenções em comunidade. Outro ponto muito positivo da realização de inquéritos deste tipo é o levantamento de dados essenciais para avaliar o acesso, a utiliza-

³ Coordenação de Prevenção e Vigilância - INCA, Instituto de Medicina Social, Uerj. gulnar@inca.gov.br

ção e a capacidade de resolução dos serviços de saúde.

Todo o movimento que se delineia mundialmente, colocando como questão central a necessidade de maior investimento na prevenção primária de várias doenças crônicas, ampara-se na concentração de esforços para o aumento de aplicação de recursos em saúde pública para intervenções que podem ser muito efetivas para reduzir a prevalência de fatores como tabagismo, dieta, e atividade física além de ações de prevenção secundária que incluam a indicação de rastreamento para detecção precoce de doenças como câncer de colo uterino e de mama. Este movimento aponta para o fato de que é viável se atingir uma redução significativa dos custos econômicos e sociais destas doenças evitando um grande número de casos novos e de óbitos. A existência de inquéritos sobre fatores de risco e morbidade referida é, então, imprescindível para medir o impacto das intervenções preventivas a médio e longo prazo. Com isto, é urgente o estabelecimento de uma política que possa priorizar os dados mínimos necessários a serem levantados nos inquéritos e a periodicidade dos mesmos.

O artigo em questão chama a atenção para o fato de que, mesmo se contando com um sistema de coleta de dados com “funcionamento orgânico”, bem organizado e com “disseminação de informações administrativas”, o Brasil ainda não dispõe de um sistema nacional de informações em saúde estruturado e articulado com bases de dados que se comuniquem e com responsabilidade definidas quanto à coleta, análise e disseminação das informações.

A necessidade de desenhos cada vez mais complexos utilizados é apontada como um desafio metodológico importante dos inquéritos populacionais. Este desafio, contudo, pode por si só ser facilmente superado à luz do que existe em termos de técnicas estatísticas disponíveis que corrigem os efeitos do desenho. Estas técnicas foram se aprimorando a partir da experiência de epidemiologistas e estatísticos. Resta, porém, como grande desafio no planejamento e execução dos inquéritos, a questão de como evitar a não-resposta de forma a garantir representatividade de subamostras e não ter perdas seletivas de grupos específicos ou de condições que podem estar associadas aos desfechos que serão futuramente analisados. Esta situação se não for bem dimensionada e reduzida pode comprometer seriamente o uso dos resultados. Caso não se tenha como avaliar o motivo das perdas e assim

assumi-las como não seletivas, o risco de estimativas enviesadas é grande. Talvez a melhor forma de lidar com esta questão seja conhecer bem as condições da população alvo, estabelecendo procedimentos que facilitem a adesão ao inquérito que passam por estratégias de comunicação até a indicação de logística adequada às condições locais. Faz-se ainda essencial para adesão ao inquérito, o estabelecimento de questionários objetivos com duração pequena de forma a não desestimular o respondente permitindo que ele possa participar sem interferir muito na sua rotina diária.

Uma outra questão levantada pelos autores é a aplicação de inquéritos em pequenas áreas geográficas que podem, em muitas vezes, ter como opção a realização de censos, o que pode ser mais fácil do que buscar amostras e separar a população em estratos específicos. A grande vantagem desta opção é não necessitar de correção dos erros amostrais.

Com certeza, a utilização do Suplemento PNAD apresenta-se como uma possibilidade real e efetiva de levantamento de dados de saúde. A experiência iniciada em 1981 vem se aprimorando e em 2003 as informações geradas já incluíram a realização de exames para detecção precoce do câncer do colo de útero e da mama; o que não é possível se obter diretamente a partir dos sistemas do SUS e estas informações são imprescindíveis para o planejamento de políticas de controle para estas duas patologias.

Em se tendo como perspectiva dar continuidade à utilização da PNAD para o levantamento de dados sobre saúde, alguns pontos precisam ser bem discutidos de forma a otimizar esta opção. Alguns destes pontos foram levantados pelos autores como o uso de respondentes secundários, áreas geográficas menores e coleta de dados relativos aos gastos familiares. Todas as três questões podem ser resolvidas a partir de uma adequação do desenho e procedimentos operacionais factíveis para coleta de dados.

As outras questões levantadas são de natureza mais complexa e, sem dúvida, uma maior reflexão deve ser feita antes de se partir para o campo. Aí se encontram condições difíceis de serem tratadas em qualquer tipo de inquérito como tempos de recordação e número de quesitos a serem incluídos. Para isto, a composição de grupo de trabalho formado por especialistas nas áreas de epidemiologia, bioestatística, planejamento comunicação em saúde pode ser o primeiro passo para planejar e conduzir corretamente um inquérito populacional. Evidentemente este traba-

lho deve tomar como base as necessidades e prioridades do Sistema Único de Saúde, e as definições pertinentes à realização de inquéritos, conteúdo, abrangência e periodicidade devem ser definidas a partir de consulta ampla aos gestores federais, estaduais e municipais. Em se tratando especificamente de levantamento de dados sobre exposições de risco para doenças crônicas e desigualdades em saúde, as características dos inquéritos devem estar articuladas com medidas de intervenção que visem à promoção de saúde e prevenção de doenças, e os resultados obtidos devem considerar não só a avaliação do processo de implantação como também o impacto a médio e longo prazo das ações de controle. A proposta feita pelos autores de constituição de um grupo de trabalho para propor a criação do Sistema Nacional de Estatísticas de Saúde, incluindo um sistema nacional de inquéritos de base populacional, se coloca como uma alternativa sólida para a construção de uma política efetiva que possa suprir as necessidades de informação em saúde hoje no país e contribuir para a diminuição da morbidade e mortalidade de um conjunto de doenças e condições desfavoráveis para a população.

A hora e a vez da articulação dos sistemas de informação em saúde brasileiros?
The hour and turn of Brazilian health information systems articulation?

Álvaro Escrivão Junior⁴

O artigo “Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde” é, de fato, um documento extremamente oportuno no momento atual da gestão da informação em saúde no Brasil. Os autores registram os grandes avanços observados nas últimas duas décadas e promovem um debate sobre a disponibilidade de dados e informações em saúde e propõem a criação de um Sistema Nacional de Estatísticas de Saúde que engloba um subsistema nacional de inquéritos de base populacional.

O texto destaca os momentos e ações mais relevantes na história recente das informações em saúde e enfatiza o papel relevante da Rede Interagencial de Informações em Saúde (RIPSA), que se caracteriza por ser um espaço inclusivo e plural de construção de consensos entre as distintas unidades do Ministério da Saúde, habituadas a executar ações desarticuladas e, não raramente,

com uma competição negativa entre elas, que prejudica o alcance dos objetivos finais da ação ministerial. A coordenação da RIPSA sob a responsabilidade da Opas e a participação de universidades, centros de pesquisa e de entidades representativas, como a Abrasco, confere estabilidade para as ações da rede, embora não a isente totalmente das turbulências políticas. O sucesso dessa iniciativa, que recentemente comemorou 10 anos, faz dela um modelo replicável nos Estados e nas regiões metropolitanas brasileiras.

Os autores partem de um conceito amplo de informação em saúde, entendendo-se que são de interesse da saúde também as informações sociais, demográficas, econômicas e territoriais, o que implica a articulação das iniciativas de todas as instituições geradoras de dados e informações, com destaque para o IBGE, como órgão responsável pelo Sistema Estatístico Nacional.

Esse conceito de informação em saúde é o mesmo adotado pelo Grupo Técnico de Informação em Saúde e População (GTISP) da Abrasco, que tem igualmente reivindicado a necessidade de ser fomentado um amplo debate nacional em torno da necessidade de uma Política Nacional de Produção e Disseminação de Informações. Essa posição foi levada ao Conselho Nacional de Saúde e debatida no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em agosto de 2006, onde foram tratados em oficina de trabalho aspectos determinantes como o “Pacto pela democratização e qualidade da informação em saúde” e as informações sociais e de desigualdades.

O relacionamento entre o IBGE e os órgãos nacionais de informação de saúde evoluiu muito no período abarcado por esse artigo, o trabalho de articulação promovido pela RIPSA começa a enfrentar, com sucesso, as antigas e complexas lacunas do Sistema de Informação em Saúde, como, por exemplo, o uso dos dados relativos às doenças profissionais e acidentes do trabalho registrados pela Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. Essa base de dados, gerida por órgãos vinculados ao Ministério da Previdência Social, refere-se a uma massa segurada de milhões de trabalhadores no País e registra anualmente milhares de acidentes e óbitos.

Apesar dos conhecidos problemas de cobertura e de qualidade dos dados desta fonte, prin-

⁴ Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.
aescrivao@fgvsp.br