

Sistema Único de Informação em Saúde?: Integração dos dados da Assistência Suplementar à Saúde ao Sistema SUS.

Sebastião Loureiro
Prof. Dr. em Epidemiologia
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Trabalho apresentado a ANS – Julho de 2003

RESUMO

O presente trabalho refere-se às diversas estratégias e orientações que devem ser consideradas no processo de integração de Sistemas de Informações em Saúde, com enfoque específico na integração de informações geradas no Sistema de Sistema da Assistência Médica Suplementar, ou seja, no setor privado de Planos, Seguros, Cooperativas e Medicina de Grupo e os Sistemas de Informação do Setor Público coordenados pelo DATASUS. O trabalho apresenta os arcabouço legal que dá competência a ANS para buscar formas de trazer para o âmbito público, informações relevantes sobre uma significativa parcela da população brasileira, as justificativas para iniciar este processo e as estratégias para viabilizá-lo. Discute-se também as características dos Sistemas de Informação do SUS e a necessidade de maior integração entre informações assistenciais e da vigilância epidemiológica. A ênfase maior do trabalho refere-se a questões estratégicas para a integração sinalizando que as questões de natureza política e de cultura institucional são mais relevantes que as questões técnicas, daí a necessidade de se buscar uma estratégia gradual e incremental na busca de consensos. São propostas algumas linhas de ação para o alcance de consensos e definição de metas operacionais.

SUMMARY

This paper presents focus on possible strategies and institutional guidelines to integrate distinct Health Information Systems: the National Health System under the Coordination of the Ministry of Health and the other from the data originated from the Health Insurance and other types of private care coordinated by a Regulatory Agency - ANS. The paper discusses the legal framework that entitles ANS to implement an Information System with data imported from the private health care system, and the possibility to integrate these information with the public health information system coordinated by DATASUS. The problems arising from the integration process are discussed with emphasis on the political and institutional strategies rather than technical subjects and guidelines to reach a common ground that allow the development and integration of the Systems and to reach pre defined goals and objectives are presented

INTRODUÇÃO

A construção de um Sistema Nacional de Informações em Saúde constitui – se em um processo muito mais político social e econômico do que técnico. É neste contexto que se deve buscar os elementos explicativos do seu desenvolvimento e implantação e as possibilidades de sua evolução e conformação.

A informação de um modo geral, e a informação em saúde em particular têm se tornado um dos aspectos mais sensitivos em quase todas as sociedades. A ampliação dos direitos sociais e o avanço da consciência e da prática democrática e, sobretudo da cidadania traz uma nova dimensão para pensarmos em Sistemas de Informação em Saúde.

O conceito de “Informação” em si tem sido objeto de discussão análise e teorização no sentido da sua compreensão como fato econômico e social aliado ao desenvolvimento tecnológico no armazenamento, manipulação e transmissão de dados, voz e imagens, características da “Era da informação”. É necessário assim, entender o “culto à informação” como uma construção teórica e ideológica que tendo uma base material em que a tecnologia e teorias fundamentadas em lógicas dos símbolos de base física ou matemática, são os elementos que caracterizam a “Sociedade de Informação”.

Esta “Sociedade” cria necessidades de para a sua reprodução e reforça a ideologia da metamorfose da informação em conhecimento. Daí a convocação para desconstruir o culto à informação desafiando conceitos estabelecidos para um debate no plano das idéias (Moraes, 1994).

A organização dos Sistemas Nacionais de Informação iniciada nos na década de 70 corresponde a um momento histórico da vida política brasileira com a instauração de um governo militar autoritário, centralizador e cerceador das liberdades individuais.

Neste cenário a informação para a saúde constitui-se um item a mais na ampla intervenção do Estado no cotidiano da vida dos brasileiros.

O grande desenvolvimento dos sistemas de informação no Brasil segundo Almeida (1998:28), deve-se a quatro razões principais: "a) no início dos anos 60 a centralização da produção das informações foi tomada como estratégia nacional para a padronização e melhoria da qualidade das estatísticas disponíveis no país; b) a tecnologia de informática disponível no momento de criação dos sistemas de informações baseava-se nos mainframes, fato que já colaborava para uma forte centralização da produção de dados; c) existência de poucos recursos humanos disponíveis para a gestão e produção das informações; d) por último, porém não menos importante, houve uma forte centralização política nos "anos de chumbo", época em que vários destes sistemas foram criados".

Entretanto deve-se observar que nos últimos anos a intervenção do Estado sobre o direito à privacidade dos cidadãos tem-se ampliado através de vários processos legislativos infraconstitucionais, principalmente com a justificativa de regulação de atividades econômicas e financeiras.

Esta advertência inicial não significa desconhecer ou negar a importância da informação em saúde como um elemento essencial de aperfeiçoamento da prática de Saúde Pública, e a existência dos Sistemas de Informações em Saúde como insumo necessário ao planejamento, gestão e execução de ações visando a prevenção e controle de doenças. A informação em saúde organizada em sistemas hierarquizados de fácil acesso tem sido essencial para o avanço do conhecimento científico e uma prática da saúde pública baseada em evidências.

Existem fortes argumentos favoráveis à incorporação ou integração dos dados provenientes do "Sistema de Saúde Suplementar" ao Sistema SUS. Entretanto devemos considerar algumas diferenças e particularidades do setor privado da saúde que devem ser levadas em consideração se quisermos obter êxito neste processo.

Para os gestores dos sistemas públicos de saúde pode parecer óbvio a obtenção dos dados do sistema privado, objeto de uma transação comercial particular, individualizada entre o médico e seu cliente relacionado a questões de vida, justificada pela necessidade administrativa ou de intervenção coletiva.

A visão do Estado como controlador das atividades humanas, e no caso da saúde isto é assumido com um direito, talvez em função do financiamento do setor público, no sentido da proteção dos direitos coletivos sobre os individuais, pode não ser a justificativa mais adequada para a intervenção no domínio das relações privadas. Principalmente quando um diagnóstico da situação existente identifica os seguintes problemas (Ministério da Saúde 1996):

- a) a informação não é adequadamente utilizada como um requisito fundamental do processo de decisão-controle aplicada à gestão de políticas e ações de saúde;
- b) os múltiplos sistemas de informação existentes são desarticulados, insuficientes, imprecisos e não contemplam a multicausalidade dos fatores que atuam no binômio saúde e doença;
- c) inexistem processos regulares de análise da situação de saúde e de suas tendências, de avaliação de serviços e de difusão da informação;
- d) o planejamento, a organização e a avaliação dos serviços não estão epidemiologicamente sustentados.

Embora tenha havido progresso em relação a este diagnóstico, ainda assim é evidente a necessidade de transformar o caráter burocrático e administrativo das informações em saúde e aperfeiçoar a integração entre sistemas e o seu uso como ferramenta fundamental de planejamento e gestão.

A integração das informações originadas nos Sistemas de Assistência Suplementar deve ser uma oportunidade e um esforço para o aperfeiçoamento do Sistema de Informação do SUS.

A necessidade de se conhecer as informações sobre a saúde de um contingente de aproximadamente 17 milhões de usuários, inscritos em aproximadamente 200 operadoras que detém cerca de 80% do mercado é mais do que evidente. As razões para o acesso a estas informações são frequentemente colocadas e consideram o tamanho, a distribuição e a complexidade da situação de saúde da população de beneficiários e dos serviços de saúde e das operadoras. Revelam assim, a importância e a pertinência da implementação de um sistema de informações em saúde que

contenha os dados específicos sobre essa população e os padrões de oferta e utilização de serviços de saúde. Além disso, a análise adequada e a disponibilidade oportuna das informações em saúde subsidiarão os processos de acompanhamento e avaliação das condições de saúde do conjunto de beneficiários, das ações e serviços que lhes são prestados e dos fatores de custo e desempenho das instituições envolvidas nesses processos.

As informações epidemiológicas extraídas no âmbito da saúde suplementar são para a ANS de fundamental importância na geração de indicadores que permitirão conhecer o perfil da situação de saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, fornecendo subsídios para que o Sistema Único de Saúde (SUS) conheça e promova melhorias no setor, inclusive no desenvolvimento e fomento de políticas e estratégias voltadas às ações de proteção e promoção à saúde da população.

Este trabalho não procura trazer mais justificativas para a obtenção de informações do "Sistema de Assistência Médica Suplementar", o seu objetivo é apontar questões pertinentes a este sistema e as suas peculiaridades que deverão estar presentes ao se planejar as estratégias para integração das informações em um sistema único de informações em saúde.

REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS como instância reguladora criada pela MP1908-20 desde o seu início vem sofrendo uma série de modificações no seu arcabouço legal através de Medidas Provisórias e regulamentação pelo Conselho de Saúde suplementar, o CONSU. Estas modificações tentam aperfeiçoar a Lei e adapta-la as novas realidades conformadas pelo jogo de poder entre as diversas forças originadas do sistema de mercado e do papel do Estado regulador.

Entretanto, desde a sua redação original já constava entre as suas competências (item XXXI do artigo 4º.) "requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadoras de serviços a elas credenciadas".

Saliente-se que não está explicitado quais as informações que podem ser requisitadas. Entretanto outras resoluções são mais específicas no que se refere à natureza das informações .Os quadros abaixo tornam mais explícitas a qualificação das informações que devem ser disponibilizadas.

Quadro 1: Resolução CONSU n.º 7, (04/11/ 1998)

Objeto do doc.	Disposições
<p>Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas na Lei n.º 9.656/98.</p>	<p>Art. 2º As informações que servirão de base para a regulamentação, acompanhamento, avaliação e controle das atividades de contratação e prestação de serviços na área de saúde suplementar, deverão incluir, além dos dados de natureza cadastral, citados no artigo 20 da Lei 9.656/98, dados que permitam a identificação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - modelos de assistência; II - capacidade de atendimento da rede assistencial; III - forma de utilização de recursos de saúde; IV - instrumentos diretos e indiretos de regulação do uso; V - perfil epidemiológico da população atendida.

Quadro 2: Regimento Interno da ANS (2000/2001)

Objeto do doc.	Disposições
Dispõe sobre as funções e competências da ANS	<p>Art. 2º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar:</p> <p>V- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras.</p> <p>XV- Estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios referenciados, contratados ou conveniados.</p> <p><i>XX- Proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde.</i></p> <p>XXVIII- Fiscalizar os aspectos concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar.</p> <p>Art.15 À Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) compete:</p> <p>IV- Incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.</p> <p>VI- Disseminar os modelos assistenciais bem sucedidos.</p> <p>VII- <i>Promover o desenvolvimento de sistemas informatizados para viabilizar, desenvolver e melhorar a gestão profissional das operadoras.</i></p> <p>VIII- Promover a capacitação das operadoras para as inovações e melhorias setoriais.</p> <p>Art.16 - À Gerência-Geral de Integração com o SUS compete:</p> <p>I- <i>Promover a integração de informações com os bancos</i></p>

	<p><i>de dados do Sistema Único de Saúde.</i></p> <p><i>II- Definir em conjunto com as áreas específicas da Diretoria, sistema de informações sanitárias e epidemiológicas a serem prestadas pelas operadoras ao SUS, bem como para o ressarcimento ao SUS.</i></p> <p><i>III- Coordenar e promover o fornecimento de informações sobre saúde e doença das operadoras ao SUS.</i></p> <p><i>IV- Analisar e disponibilizar as informações sanitárias e epidemiológicas das operadoras ao SUS.</i></p> <p><i>IX- Emitir pareceres para subsidiar a regulamentação sobre critérios e padrões de informações a serem prestadas ao SUS.</i></p>
--	--

Quadro 3: Contrato de Gestão da ANS, (D.O.U. nº 248 seção 3, de 2712/2000).

Objeto do doc.	Disposições
Dispõe sobre as atividades a serem desenvolvidas pela ANS	<p>Anexo I: Diretriz Estratégica 2. Garantir o equilíbrio das informações a todos os participantes do setor, ou seja, às operadoras, aos prestadores de serviço, aos agentes do Sistema Único de Saúde, e principalmente aos consumidores</p> <p>Anexo II: Ações Prioritárias:</p> <p>9. Diagnóstico do setor - ações voltadas à ampliação do conhecimento do setor regulado, visando identificar as principais características de funcionamento, de desempenho e de inter-relacionamento, incluindo as operadoras, seus produtos, os prestadores de serviços, usuários e o SUS.</p> <p>10. Estruturação de sistemas de informação - ações voltadas à captação, sistematização, manutenção e depuração de dados dos consumidores, das operadoras e dos planos privados de assistência suplementar à Saúde.</p>

Deste modo fica claro a competência da ANS para não só estruturar o sistema de informação com os dados originados do Sistema de Assistência Médica Suplementar aí incluído dados dos beneficiários como integrar estas informações ao sistema SUS. Entretanto, a existência de um arcabouço legal é necessário mais não suficiente para implementar inovações ou estruturar novos modelos e processos que envolvem modificações na esfera simbólica e cultural da sociedade.

Além do mais as normas regimentais e Resoluções podem ser questionadas juridicamente frente a leis maiores que asseguram direitos constitucionais aos cidadãos.

Neste particular deve ser lembrado que a legislação brasileira reconhece o direito dos indivíduos às suas informações médicas, sendo, a instituição onde a informação é gerada, apenas responsável pela guarda destas informações.

Os argumentos aqui apresentados, sobre problemas e dificuldades para a incorporação das informações do Sistema de Assistência Médica Supletiva não significam uma posição contrária a esta proposta. A análise e explicitação dos pontos polêmicos desta proposição têm como objetivo estabelecer estratégias que visem contornar estas dificuldades e obter um consenso mínimo entre os diversos atores envolvidos no processo de construção deste sistema, incluindo os beneficiários, provedores, operadoras, agência de regulação e Ministério da Saúde.

Cada um dos atores envolvidos na estruturação do sistema tem diferentes motivações para aderir ou não a uma proposta de integração. Não será apenas o discurso da modernidade ou da racionalidade técnica ou administrativa que se dará o convencimento necessário a mudanças culturais de um projeto coletivo consensuado. Como acentua (Mota19995) *“Há aqui e ali a idéia de que a informação em saúde e o processo de comunicação que a veicula e a faz circular, pertencem ao mundo técnico, com participação que freqüentemente se restringe à difusão de seus produtos, retirando-se do momento da decisão tão logo tenha cumprido o suposto papel de informar ou expor uma certa situação. É muito mais que isso. Na verdade é essa informação que deve conformar a linguagem dos diversos atores presentes à decisão, sendo, portanto o conteúdo da linguagem que comunica a todos, os objetivos comuns, permitindo articular recursos e condições necessárias à efetividade da ação.*

A gerência de conflitos e contradições próprias à expressão de vontades nesse processo político, requer que a informação seja veiculada com conteúdo crítico, e transformada pois em conhecimento”.

Estas considerações levam a tentar explicitar ainda de forma exemplificativa, os possíveis conflitos entre atores e quais os fatores que poderiam favorecer ou obstaculizar um processo de integração de sistemas de informação.

QUESTÕES	CONFIDENCIALIDADE	CUSTO	ESTRUTURA	SEGURANÇA
ATORES				
OPERADORAS				
PROVEDORES				
BENEFICIÁRIOS				
AGÊNCIA REGULADORA				
MINISTÉRIO DA SAÚDE				

O espectro de tonalidades da cor cinza, no exemplo, pode representar o quanto críticas podem ser estas questões. Evidentemente, este exercício deve incluir outras questões em distintos níveis, diferentes modalidades de prestação de serviços (ambulatorial/hospitalar), modelos de operadoras (seguro/cooperativa), além de questões legais e institucionais entre competências do Ministério da Saúde e da ANS.

SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADOS AO SUS

È inegável o progresso obtido nos últimos anos na estruturação de sistemas de informações em saúde. Banco de dados e aplicativos que permitem o acesso e utilização das informações em saúde pelos gestores do sistema de saúde, pesquisadores e mesmo dos usuários dos serviços de saúde. A quantidade de informação e a sua qualidade têm melhorado sensivelmente., além do tempo entre a coleta e a divulgação das informações.

Entretanto, ainda há bastante espaço para aperfeiçoamento dos sistemas, sendo talvez o maior problema a integração dentro do próprio Sistema SUS.

Os Sistemas de Informação no Brasil, obedecem a dispositivos legais que regulamentam SUS. Fazem parte deste arcabouço legal a Lei 8.880 no seu Capítulo II, Artigo 7, inciso VII que versa sobre "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática". No capítulo IV - Da Competência e das Atribuições, na Seção I Artigo 15, inciso IV, da mesma Lei estabelece: "a organização e coordenação do sistema de informação em saúde". Portanto cabe ao Ministério da Saúde a organização e a coordenação dos Sistemas Nacional de Informações para a Saúde que deveria estar sob um comando único em nos diferentes níveis de gestão do SUS. Esta orientação encontra-se ratificada na Norma Operacional Básica - NOB01/96.

Carvalho (1997) faz uma revisão minuciosa dos grandes sistemas nacionais de informação (Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAM, Sistema de Informações Ambulatoriais - SAI/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS) na qual discute os pontos positivos e os problemas detectados em cada um dos sistemas e conclui pela necessidade de compatibilização entre os diversos sistemas de informação do SUS, inclusive outros sistemas desenvolvidos no próprio Ministério da Saúde, de modo a facilitar o seu uso e permitir relacionar informações entre distintos bancos de dados.

O processo de compatibilização e integração não é uma tarefa simples no próprio Ministério, pois ao se conferir à informação o atributo do poder, deixa-la fora do controle administrativo pode representar uma perda de poder institucional e político. Outro problema que torna mais trabalhosa a integração dos Sistemas de Saúde é diversidade de órgãos responsáveis pela alimentação dos dados e a separação na estrutura do Ministério da Saúde entre os sistemas de informações proveniente de dados de ações assistenciais daquelas relacionadas à vigilância epidemiológica. Este fato pode dar origem a redundância de informações com aumento de custos de captação, geração, manutenção, e armazenamento das informações.

Mendes et alli (2000) demonstra os problemas de compatibilização e duplicidade ao comparar dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), portanto assistenciais e sob a coordenação da SAS, com os dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), referente a Vigilância Epidemiológica, sistema este de responsabilidade do CENEPI.

Fica assim, evidente a necessidade de estudos para o desenvolvimento de uma estratégia institucional para maior integração dos sistemas existentes no próprio Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que se promovem os meios necessários para compatibilizar, incorporar ou integrar dados do sistema da ANS.

Mota e Carvalho (1999) ressaltam que *"ao se planejar e implantar um sistema de informação, devem se estabelecer com clareza os elementos essenciais da infraestrutura de informação, a saber: seus objetivos e propósitos para todos os níveis organizacionais, as necessidades de informação por serviços e por função em cada nível da organização, os requerimentos do sistema quanto a estrutura gerencial e física para o desempenho eficaz das suas atribuições específicas, os processos de monitoramento e avaliação da qualidade dos dados, as necessidades de processamento e análise, os mecanismos de coleta e de difusão e os instrumentos para registrar, processar e comunicar dados e informações, e apoiar a sua plena utilização.*

Esta agenda detalhada e que explicita quase todos os passos necessários ao desenvolvimento de um Sistema de Informações demonstra a complexidade da tarefa de se buscar integrar Sistemas organizados com distintas premissas, domiciliado em organização com diferentes culturas institucionais e com propósitos e objetivos que atendem a finalidades muitas vezes conflitantes.

Entretanto estas dificuldades não devem se constituir em obstáculo para se procurar os meios necessários para que se completem as informações sobre o perfil epidemiológico de uma expressiva fração da população brasileira.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICAS DA ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem procurado desenvolver, através da Gerência de Informações Epidemiológicas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, um sistema de Informações Epidemiológicas. Atualmente o mercado de saúde suplementar no Brasil abrange mais de 30 milhões de clientes das operadoras de planos de assistência à saúde. Este número de beneficiários não tem conhecido o seu perfil de morbidade, padrão de utilização dos serviços privados de saúde, parâmetros que possam definir qualidade da atenção à saúde, resolutividade das intervenções, além de outros parâmetros gerenciais que permitiriam uma comparação dos mesmos serviços e procedimentos prestados por serviços privados contratados pelo SUS.

Considera a ANS (2002) que *“o tamanho, a distribuição e a complexidade da situação de saúde da população de beneficiários, e dos serviços de saúde das operadoras, revelam a importância e a pertinência da implementação de um sistema de informações em saúde que contenha os dados específicos sobre essa população e os padrões de oferta e utilização de serviços de saúde. Além disso, a análise adequada e a disponibilidade oportuna das informações em saúde subsidiarão os processos de acompanhamento e avaliação das condições de saúde do conjunto de beneficiários, das ações e serviços que lhes são prestados e dos fatores de custo e desempenho das instituições envolvidas nesses processos”*.

Além do mais, a gerência responsável por Informações epidemiológicas tem como diretriz: *“a) Propiciar as iniciativas e atividades que visem assegurar o conhecimento da situação epidemiológica da população beneficiária do setor de saúde suplementar através de indicadores e parâmetros apropriados; b) Promover a integração do setor de saúde suplementar com o SUS através da disponibilidade de informações, estudos e análises de situação de saúde da população beneficiária”*.

O documento Sistema de Informações Epidemiológicas em Saúde Suplementar, ANS (2002) apresenta uma série de objetivos propostos para este sistema entre os quais destacamos:

- Estabelecer diretrizes, objetivos e metas do Plano de Produção, Organização e Disseminação de Informações Epidemiológicas e de integração com informações do SUS;
- Definir fontes de dados, bancos de dados (armazém de dados) e processos informacionais (captação, fluxo, armazenamento, processamento) para a produção de informações em saúde;
- Formular e desenvolver sistema de informações de interesse da saúde da população beneficiária para captação de dados das operadoras;
- Formular indicadores epidemiológicos de oferta, acesso e utilização de assistência à saúde;
- Alimentar o Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde com os dados de interesse em saúde da população beneficiária de planos de assistência das operadoras privadas.

Como podemos verificar trata-se de uma proposta avançada em seus propósitos e concepção, incluindo uma série de dados técnicos que estabelecem a arquitetura do sistema seguindo princípios e diretrizes estabelecidas para o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) e estruturado conforme propriedades expressas nos modelos de captura de dados, de informação, operacional e de comunicação.

O **modelo de captura de dados** é um conjunto de definições que tratam da aquisição de dados básicos. Sua concepção estabelece as estratégias de coleta, padrões de qualidade e de desempenho da captação de dados. O **modelo de informação** perfaz o conjunto de propriedades que caracterizam o conteúdo das informações. Para tanto, estabelece categorias, define modos de integração, organização e estruturação, cria relacionamentos, interpreta, contextualiza e atribui significado às informações. O **modelo operacional** é um conjunto de definições da infra-estrutura dos demais modelos, e está baseado em elementos de tecnologia da informação (TI). O desenvolvimento e a implantação do modelo operacional deve observar a flexibilidade e robustez necessária para solucionar questões do tipo: segurança; gerência; alta *performance*; escalabilidade; interatividade; distribuído e de alta confiabilidade. Um nível adequado de independência tecnológica será necessário para que o modelo apresentado esteja o menos sujeito possível às mudanças em TI

que, quando acontecem, devem ser absorvidas fazendo com que ocorra evolução do sistema em consonância com os seus propósitos.

O Sistema de Informações epidemiológicas será desenvolvido em ciclos progressivos e cumulativos, de acordo com a infraestrutura de informática e sistemas hoje existente na ANS, operando no conjunto de computadores, equipamentos servidores e estações nos níveis: rede, servidores e clientes. Compõe ainda o modelo operacional os *softwares* de apoio e o desenvolvimento de aplicativos. Os aplicativos computacionais definirão o ambiente adequado ao desenvolvimento de produtos (relatórios e objetos de comunicação e difusão de dados e informações), considerando-se os aspectos metodológicos, organizacionais e de gestão. O **modelo de comunicação** é responsável pela disseminação adequada das informações, utilizando-se de meios que interagem com o processo de transmissão de conhecimento aos atores do sistema. ANS (2002).

A proposta ainda define algumas funcionalidades que irá permitir maior interação com os usuários do sistema na produção de informações, além de módulos gerenciais e operacionais e aplicativos para controle de entrada e crítica de dados.

Especificamente propõe uma série de objetivos para o Sistema dentre os quais destacamos:

- a) Completar o perfil epidemiológico do complexo quadro sanitário brasileiro;
- b) Tornar comparáveis e integrar os subsistemas público e privado do SUS;
- c) Subsidiar o planejamento e programação das ações e serviços de saúde na perspectiva de melhorar a qualidade da atenção à população beneficiária dos planos e seguros de saúde;

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS da ANS.

Em relação às estratégias para implantação a ênfase é dada a questões técnicas envolvendo questões importante mas sempre focado no núcleo operacional do sistema.

Não há uma estratégia elaborada para a questão central que é a captura de dados das operadoras. O desconhecimento das características institucionais deste importante ator que pretende guardar o seu grau de autonomia em relação ao poder do Estado pode inviabilizar a estruturação do sistema pela falha no acesso às informações.

Estas observações estão exemplificadas no texto "Sistema de Informação Epidemiológica da ANS: Estratégias de Implantação", reproduzido abaixo:

A geração de informações epidemiológicas no âmbito do SIE-ANS deve levar em conta os seguintes princípios:

- a) Modularidade - característica de implementação de partes do SIEPI em momentos diferentes, conforme as prioridades da ANS. Estas partes podem ser diferentes entre si em função das unidades organizacionais que as utilizarem, e das funcionalidades a serem implantadas;
- b) Integração com outros sistemas - todo desenvolvimento implementado deverá ter acesso às fontes mais primárias de informações e guardar compatibilidade com os sistemas de informação hoje existentes na ANS.
- c) Segurança e confiabilidade - em função da natureza confidencial, faz-se necessário a adoção das ferramentas de segurança e de disponibilização dos dados, tais como: sistema de *backup* e recuperação das informações, sistema de assinatura eletrônica (senha) para o acesso dos agentes envolvidos e *firewall*.

Além disso, a implantação do SIS-ANS deve contemplar a observância de algumas diretrizes, como segue:

- d) Respeitar, no desenvolvimento e utilização do Sistema de Informações Epidemiológicas, os princípios constitucionais e infraconstitucionais do SUS,

onde se insere o subsistema de saúde suplementar: universalidade, equidade, descentralização, integralidade, participação e controle social.

- e) Máxima utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação já existentes, ampliando a base de dados de interesse em saúde sobre a população beneficiária e sobre os serviços ofertados e utilizados, assim como sobre as características da assistência à saúde prestada, para fins de avaliação da sua qualidade.
- f) Obtenção de informações tanto das operadoras, que têm obrigação legal de prestá-las à ANS, quanto dos prestadores de serviços, que também têm obrigação de alimentar os sistemas de Vigilância Epidemiológica (SINASC, SINAN e SIM), quanto dos beneficiários (por exemplo, através de inquéritos populacionais periódicos).
- g) Preferência por trabalhar com informações individualizadas por permitirem uma melhor caracterização dos serviços (acessibilidade, procedimentos etc.) e do perfil de morbimortalidade dos beneficiários, com possibilidades diversas de consolidação (agregação).
- h) Contemplar expectativas, necessidades e possibilidades das operadoras e prestadores de serviços quanto ao sistema de informações epidemiológicas, de modo a garantir a produção de indicadores relevantes considerando-se, entretanto, as limitações das fontes.
- i) Garantir a disseminação das informações produzidas a todos os produtores (operadoras e prestadores) e gestores do SUS nos três níveis de governo, além da própria ANS e a população em geral, utilizando todos os meios disponíveis e adequados à disseminação, com níveis de acesso diferenciados de acordo com o público-alvo.

Como já foi comentado anteriormente, apenas a questão legal, da obrigação de prestar informação por parte das operadoras e prestadoras de serviços (item c das diretrizes), não é condição suficiente para se obter os dados ou informações. Do mesmo modo, garantir a disseminação das informações produzidas a todos os

produtores pode não ser o melhor atrativo para um acordo consensuado, pois estas informações já estão disponíveis e possivelmente analisadas segundo interesses não necessariamente coincidentes, nas grandes operadoras.

Também não há referências a estratégias de integração destas informações com os Sistemas SUS. O sistema integrará o DATASUS? Haverá interoperabilidade entre os dois sistemas?

A ANS será responsável apenas pela captura da informação epidemiológica transmitindo-as ao Sistema SUS para as outras fases do ciclo da Informação?

Quais os interesses específicos de cada um dos atores em relação a partilhar ou disponibilizar dados e informações para os demais?

Quais as compensações possíveis nas no sentido de harmonizar interesses?

O número de interrogações pode aumentar bastante se passarmos a analisar as relações entre cada um dos atores no que diz respeito a interesses e oposições.

Os conflitos potencialmente mais intensos se darão provavelmente entre operadoras e ANS e entre ANS e SUS. Caso a estratégia para captura dos dados aponte para os provedores de serviços, este será um ponto de tensão com a ANS.

De qualquer maneira deverá haver estratégias específicas que levem em consideração os pontos de atração e repulsão para uma solução de consenso onde os interesses em jogo possam ser satisfeitos para o maior número possível de parceiros sem que outros se sintam frustrados e perdedores ou vítimas de uma imposição autoritária.

Os principais pontos de potencial conflito entre as Operadoras e ANS refere-se ao aumento de custos para as operadoras e razão da necessidade de investimentos na montagem de infra-estrutura para estruturação, manutenção, compatibilização de arquivos e mudanças nos padrões de comunicação. Os custos com equipamentos e pessoal podem ser significativos. Evidentemente as operadoras já dispõem de parte destes recursos com fins administrativos e financeiros, mas tenderão a usar estes

argumentos em qualquer mesa de negociação no sentido de não aumentar os seus custos operacionais em função do preço regulado dos seus produtos.

Outra área potencial de conflito é a responsabilidade das Operadoras na questão da confidencialidade e segurança dos dados desde quando estes dados desagregados podem teoricamente ser identificados e o acesso indevido pode favorecer posições negociais entre empresas concorrentes. Do ponto de vista técnico estes argumentos podem ser superados com a transparência entre os parceiros quanto a segurança do sistema em termos de permissão de acesso e proteção através de *firewall*. Os processos de codificação podem assegurar a não identificação nominal dos beneficiários, suprimindo-se a transferência informações de outros dados como endereço, número de identidade, CPF que permitam caracterização ou classificação de grupo de indivíduos para uso posterior indevido.

As possíveis dificuldades e conflitos de interesses entre ANS e os prestadores de serviços referem-se em primeiro lugar às dificuldades operacionais da coleta das informações de um grande número de prestadores de serviços médicos com diferentes níveis de incorporação tecnológica e recursos humanos qualificados para o desempenho das atividades requeridas pelos processos informacionais. Outros pontos que necessitam discussão e entendimento referem-se aos custos de transação dos processos informacionais, a questão da confidencialidade das informações, e provavelmente, a oposição à interferência de um ator externo na relação comercial entre vendedores e compradores de serviços. Simplesmente a oposição, a mais um mecanismo de controle que altere ainda mais as regras de mercado em favor das operadoras, uma vez conhecidos os detalhes da transação entre agentes econômicos.

Existe ainda, possível oposição dos beneficiários dos planos e seguros a tornar disponível para a ANS informações confidenciais e privadas da sua condição de saúde ou a de seus familiares. Pode não haver confiança na capacidade de proteção da Agência aos dados pessoais de morbidade ou mesmo que estes dados possam permitir novos cálculos de valor do prêmio dos seguros ou da mensalidade dos planos. O fato de haver sempre compra de serviço (relação beneficiário X prestador), intermediado por uma operadora que aceita o risco de um possível sinistro, estabelece

um ambiente onde a informação é essencial para diminuir incertezas e permitir vantagens competitivas a uma das partes.

Deve-se observar no entanto que embora esta oposição seja uma possibilidade, nas condições atuais, quando inexistente uma maior organização dos beneficiários e consciência do direito à privacidade e a propriedade dos dados pessoais relativos a sua condição de saúde, torna-se pouco provável que este conflito possa gerar tensão com força necessária para impedir que dados sob custódia de terceiros possam ser disponibilizados para a ANS.

Mas, esta realidade pode mudar caso torne-se mais eficaz os serviços de proteção ao consumidor, que se amplie a abrangência da proteção ao consumidor nas questões de saúde, passando a incluir o direito à privacidade dos dados ou que a relação "*agente-principal*" que caracteriza a relação médico paciente pode em nome da ética, tomar, aquele, decisões em benefício à privacidade deste.

Dados sobre reclamações ao PROCON-SP, sobre questões relativas a planos de saúde contra de operadoras, em 1999 em uma lista de sete itens não inclui referência a questões de sigilo, privacidade, segurança de dados ou acesso a informação confidencial. Giovanella e cols(2002). O mesmo quadro está presente nos dados do Procon do Paraná.

A análise destas relações deve ser mais aprofundada incluindo os possíveis conflitos com o Sistema SUS devido a decisões sobre a gestão deste sistema, ou sobre decisões operacionais de acesso, etc. O foco do problema inicial no entanto, deve ser obter um consenso entre os atores do Sistema da Assistência Médica Suplementar para acesso aos dados, pois não adianta discutir a integração com os sistemas SUS se não há dados para integrar.

Observe que o sistema atual de Informações epidemiológicas já é um passo importante para a integração dos dois sistemas, SUS/ANS pois os dados originais referentes a morbidade são obtidos do SIH/SUS identificados no cadastro de beneficiários de Planos e Seguros de Saúde que tiveram algum evento mórbido que ocasionou uma internação hospitalar em um dado período. Isto representa apenas uma fração de todos os atendimentos do SIH/SUS e refere-se a uma subpopulação

teoricamente com as mesmas características do usuário dos serviços do SUS. Esta estratégia bastante engenhosa, deixa de fora os beneficiários de planos de saúde com exceção daqueles que foram atendidos em estabelecimentos próprios ou contratados pelo SUS, para haver o ressarcimento do custo dos serviços, ao SUS.

CONCLUSÕES

É importante, desejável e necessário que informações sobre a saúde de uma significativa parcela da população brasileira esteja disponível a gestores, pesquisadores e estudiosos das questões relacionadas com condições de vida e saúde. Ainda mais, é necessário que estas informações estejam integradas ao Sistema Público de Saúde sob a coordenação das instâncias institucionais responsáveis por organizar e manter tais Sistemas.

Este propósito para se concretizar necessita uma série de iniciativas e s formulação de objetivos e estratégias que permita um processo incremental e de construção de consensos provisórios no sentido de se conseguir ultrapassar barreiras técnicas e políticas que dificultam o processo de integração em um só lócus institucional dados dos sistemas de saúde que historicamente se organizaram no Brasil e convivem com as suas contradições e diferentes perspectivas históricas, modelos de financiamento e culturas institucionais.

De qualquer forma, para se alcançar estes objetivos algumas linhas de ação poderiam ser propostas de modo a orientar as estratégias para o seu alcance:

1. Deixar bem claro para todos os parceiros envolvidos no processo de construção de um Sistema Integrado, quais são os objetivos, vantagens e desvantagens de integrar os sistemas.
2. Criar um ambiente de confiança e transparência onde cada parceiro possa expressar livremente suas dúvidas e incertezas.
3. Não criticar as posições dos parceiros no sentido de prevalecer a sua proposta. O resultado é mais positivo fazendo os outros entenderem o sentido da sua proposta e como ela pode agregar valor a todo o conjunto do Sistema.
4. Exercitar a tolerância e procurar entender as razões dos outros parceiros. Só assim poderá haver espaço para discussão e aceitação para propostas alternativas.
5. Adotar desde o início, padrões de comunicação que acumule experiências e evolua em direção a metas pré-acordadas.

6. Desenvolver programas de treinamento para nivelar o mais possível, conhecimentos tecnológicos e socializar informações relevantes sobre características institucionais dos parceiros.
7. Ser franco sobre os pontos fracos e fortes da proposta e procurar ajuda dos parceiros para melhorá-la.
8. Estar preparado para ceder e não impor a sua vontade. A sua proposta não é sempre a melhor e os parceiros podem torná-la melhor com as suas sugestões.
.
9. Iniciar o processo de integração abordando problemas menos conflitantes e sobre os quais já existe um bom nível de consenso.
10. Evite frustrações para todos os parceiros envolvidos na proposta de integração. Não coloque muito alto as expectativas e valorize pequenos ganhos
11. Criar instâncias colegiadas de gestão para a formulação e desenvolvimento das propostas.
12. Concentre-se nas estratégias políticas e institucionais direcionadas à concepção do Sistema, princípios para a integração, definição de competências, etc. Aspectos técnicos deverão ser tratados por grupos de trabalho interinstitucional aproveitando as melhores competências de cada instituição parceira.

Estes pontos podem ajudar a construir um ambiente para o entendimento e viabilizar um projeto de difícil execução mais que vale a pena tentar tendo em mente os benefícios que conhecimento derivado da análise das informações sobre a população beneficiária de planos privados pode trazer para o planejamento e gestão da com reflexo positivo na saúde da população brasileira como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, sistema de Informações epidemiológicas em Saúde Suplementar V.1 mimeo. DIDES, dez. 60 p. 2002

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9, n.4, p.7-45. 1997.

GIOVANELLA, L., RIBEIRO, J.M., COSTA, N.R. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: ____ **Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, série C n.76, p 161-193. 2002.

MENDES, A. C. G., SILVA JUNIOR, J. B., MEDEIROS, K. R. et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9, n.2, p.67-86. 2000.

MESQUITA, M.A.F. A Regulação da Assistência Suplementar à Saúde: Legislação e Contexto Institucional. In: ____ **Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, série C n.76, p.69 –135. 2002

Ministério da Saúde. Rede Integrada de Informações para a Saúde no Brasil – RIPSAs: concepção e estruturação. Brasília: OPAS; 1996

MORAES, I. H. S. Considerações conceituais. In: _____. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.19-38.

MORAES, I. H. S. Informações em saúde: uma contribuição para a construção de uma consciência sanitária, em uma abordagem interdisciplinar. In: _____. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.151-8.

MOTA, E. Novos passos para a informação e comunicação social em saúde: algumas reflexões sobre o papel da informação e da comunicação social em saúde no processo decisório. In: OPAS. **Informação e comunicação social em saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 1995. p.59-60. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).

MOTA, E. CARVALHO, D. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.505-21

Quadro 1 - Sistemas de Informação em Saúde de Base Nacional e Órgãos Gestores, 1999

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	ÓRGÃOS GESTORES				
	SAS ⁽¹⁾	SPS ⁽²⁾	SIS ⁽³⁾	FUNASA ⁽⁴⁾	FIOCRUZ ⁽⁵⁾
SIA ⁽⁶⁾					
APAC ⁽⁷⁾					
SIH ⁽⁸⁾					
SIAB ⁽⁹⁾					
SISVAN ⁽¹⁰⁾					
SICLOM ⁽¹¹⁾					
SIOPS ⁽¹²⁾					
SIM ⁽¹³⁾					
SINASC ⁽¹⁴⁾					
SINAN ⁽¹⁵⁾					
API ⁽¹⁶⁾					
SINITOX ⁽¹⁷⁾					

Fonte: Ministério da Saúde - Portaria n.º GM/130 de 12/2/1999. Diário Oficial de 17/2/1999, seção 1, página 11 (_____)

- (1) Secretária de Assistência à Saúde
- (2) Secretaria de Políticas Públicas
- (3) Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde
- (4) Fundação Nacional de Saúde (Centro Nacional de Epidemiologia - CENEP)
- (5) Fundação Osvaldo Cruz (Centro Nacional de Informação Científica e Tecnológica)
- (6) Sistema de Informação Ambulatoriais
- (7) Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
- (8) Sistema de Informações Hospitalares
- (9) Sistema de Informações de Atenção Básica
- (10) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- (11) Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- (12) Sistema de Informação sobre Orçamentos Público em Saúde
- (13) Sistemas de Informação sobre Mortalidade
- (14) Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos
- (15) Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- (16) Avaliação do Programa de Imunização
- (17) Sistema Nacional de Informações Tóxico - Farmacológicas