



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e**  
**Ciência da Informação e Documentação**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

# **A necessidade de informação dos Conselheiros de Saúde**

**Carlos Zalberto Rodrigues**

Brasília – DF  
2009



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e**  
**Ciência da Informação e Documentação**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

# **A necessidade de informação dos Conselheiros de Saúde**

**Carlos Zalberto Rodrigues**

**Orientador: Prof. Dr. Murilo Bastos da Cunha**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Ciência da Informação da Universidade de Brasília como  
requisito para obtenção do título de Doutor em Ciência da  
Informação

Área de concentração: Transferência de informação  
Linha de pesquisa: Gestão de Informação e do Conhecimento

Brasília – DF  
2009

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Título:** “A Necessidade de informação dos Conselheiros de Saúde”

**Autor:** Carlos Zalberto Rodrigues

**Área de concentração:** Transferência da Informação

**Linha de pesquisa:** Gestão da Informação e do Conhecimento

Tese submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor** em Ciência da Informação.

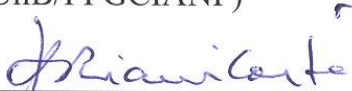
Tese aprovada em: 22 de junho 2009.

**Aprovado por:**



---

**Prof. Dr. Murilo Bastos da Cunha**  
Presidente - (UnB/PPGCIANF)



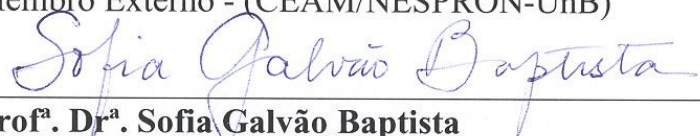
---

**Prof. Dr. Jose Luis Riani Costa**  
Membro Externo – (UNESP-Rio Claro)



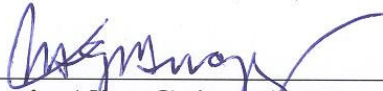
---

**Prof. Dr. Jose Luiz Villar Mella**  
Membro Externo - (CEAM/NESPRON-UnB)



---

**Prof.ª Dr.ª Sofia Galvão Baptista**  
Membro Interno – (UnB/PPGCINF)



---

**Prof.ª Dr.ª Maria Alice Guimarães Borges**  
Membro Interno – (UnB/CID)

---

**Prof.ª Dr.ª Ivette Kafure Munoz**  
Suplente – (UnB/CID)

*Para meu pai, Geraldo Rodrigues,  
in memoriam.*

## AGRADECIMENTOS

Nos trabalhos de grande envergadura, como a tese de doutorado, por exemplo, muitas são as contribuições, apoios, dicas, críticas e informações recebidas, desde a concepção inicial até sua conclusão. Daí decorre que injustiças com relação aos agradecimentos podem ser praticadas, obviamente que alheias à vontade do autor.

Tentando não esquecer ninguém envolvido nesta hercúlea tarefa, gostaria que as primeiras palavras fossem dirigidas à minha esposa, Anapaula que colaborou enormemente com a filtragem e seleção dos endereços eletrônicos no FormSUS, para que as mensagens chegassem aos destinatários e à minha filha, Ana Luiza, que ajudou na etiquetagem das mais de 800 cartas enviadas pelos Correios.

Um agradecimento especial vai para o Ezequiel Pinto Dias, colega do Datasus, no Rio de Janeiro, que assessorou o desenvolvimento, hospedagem na *web* e gerenciamento do instrumento de coleta.. Aqui do Datasus em Brasília, o obrigado vai para o Roberto Shayer Lyra que, inclusive, testou o instrumento antes que fosse colocado no ar.

Ao Prof. Dr. José Luiz Riani Costa que, tendo participado da banca de qualificação, abriu-me as portas do Conselho Nacional de Saúde, além de fornecer extenso material que foi muito útil na (re)revisão da literatura e também por ter aceito o convite para a banca de defesa.

Aos outros membros, Prof. José Luis Villar Mella, às Professoras Sofia Galvão Batista, Maria Alice Guimarães Borges e Ivette Kafure Muñoz que honraram-me, aceitando o convite, e em especial ao Prof. Murilo por mais uma vez, ter fornecido bússola, régua e compasso para esta longa caminhada, meu mais sincero muito obrigado.

RODRIGUES, C. Z. *A necessidade de informação dos conselheiros de saúde*. Tese apresentada ao Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutor em Ciência da Informação. Brasília, 2009.

## RESUMO

A pesquisa aqui apresentada teve por objetivo identificar as necessidades de informação do conselheiro no âmbito do Sistema Único de Saúde, procurando conhecer seu perfil sócio-funcional; suas necessidades de informação quanto ao tipo, fontes, mídias utilizadas e assuntos que, na sua opinião, devam ser objeto de controle social e também identificar as razões das necessidades informacionais para exercer o controle social, assim como mapeou o grau de inclusão digital do conselheiro. Utilizando-se a abordagem *sense making* de Dervin com enfoque quanti-qualitativo, conseguiu-se que 676 questionários hospedados na *web* fossem respondidos e 30 participantes concedessem entrevistas. Verificou-se fortes índices de correlação entre variáveis, tais como profissão e o tipo de informação procurada ( $r > 0,994$ ); entre a fonte de informação mais consultada e o segmento profissional que representa ( $r > 0,988$ ) e a coerência nas respostas sobre a importância de produtos e serviços ofertados na Internet e o grau de facilidade encontrada na sua utilização ( $r > 0,740$ ). Ao final, com base nos achados da pesquisa e nos modelos de Wilson e de Martínez-Silveira, construiu-se o modelo de comportamento informacional do conselheiro de saúde, bem como recomenda-se a implantação do Portal do Conselheiro de Saúde, com vistas a concentrar num só lugar os acessos às fontes de informação, sistemas, pessoas, bases de dados e ferramentas que possam melhorar o desempenho do conselheiro no exercício de suas atividades, minimizando dúvidas, possíveis conflitos que surgem devido às limitações pessoais no tocante à representatividade política, divulgação de oportunidades de capacitação e acesso à troca de informações, conhecimentos e experiências.

Palavras-chave: necessidade informacional; estudo de usuários; comportamento informacional; conselhos de saúde; controle social; Sistema Único de Saúde.

RODRIGUES, C. Z. The health council members information need. Thesis presented to the Department of Information Science and Documentation of the University of Brasilia for attainment of the Doctor degree in Information Science. Brasilia, 2009.

## ABSTRACT

The research aimed to identify the information needs of the council member in the Brazilian Sistema Único de Saúde environment, looking for to know his/her functionary profile; its information needs concerning information type, used information sources, medias and subjects that, in his/her opinion, must be object of social control and also to identify the reasons of information needs to act in the social control, as well as known the degree of digital inclusion of the council member. Using Dervin's sense making approach with quanti-qualitative analysis, it was obtained 676 housed in web questionnaires answered and 30 participants granted interviews. Strong correlation between variables, such as profession and the looked information type ( $r > 0,994$ ); the information source and the professional segment the council member represents ( $r > 0,988$ ) and the coherence in the answers on the importance of products and services offered in the internet and the degree of easiness in its use ( $r > 0,740$ ) were found. At the end, on the basis of the findings of the research and Wilson's and Martínez-Silveira's models, the health council member information seeking behavior model was built, as well as recommended development and implantation of the Health Council Member Portal in order to concentrate in a single web site the links for accesses to the information sources, systems, people (gatekeepers), databases and tools that can improve the performance of the council member in the exercise of its activities, minimizing doubts, possible conflicts regarding political representation due to limitations on politics expertise, spreading of qualification chances and access to the information, knowledge and experiences exchanges.

Keywords: information need; users study; informational behavior; health councils; social control; Brazilian Sistema Único de Saúde.

## LISTA DE FIGURAS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figura 1:  | Tela de acesso ao Cadastro de beneficiários de saúde suplementar  | 34 |
| Figura 2:  | Tela de acesso aos Cadernos de informações de saúde   | 35 |
| Figura 3:  | Tela do Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)   | 36 |
| Figura 4:  | Tela de acesso ao Cartão Nacional de Saúde  | 37 |
| Figura 5:  | Tela de acesso ao Cadastro de profissionais de saúde  | 38 |
| Figura 6:  | Tela para acesso aos Indicadores Básicos para a Saúde (IDB)   | 39 |
| Figura 7:  | Tela para acesso aos Indicadores do Pacto de atenção básica   | 40 |
| Figura 8:  | Tela para consulta aos pagamentos efetuados a unidades hospitalares e a terceiros                               | 41 |
| Figura 9:  | Tela para consulta aos pagamentos efetuados diretamente a prestadores   | 42 |
| Figura 10: | Tela para consulta aos Recursos federais do SUS   | 43 |
| Figura 11: | Tela de acesso ao Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA)              | 44 |
| Figura 12: | Tela de acesso ao Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)                                       | 45 |
| Figura 13: | Tela de acesso ao Sistema de informação do programa de humanização no pré-natal e no nascimento (Sis Pré-Natal) | 46 |
| Figura 14: | Tela de acesso ao Sistema de informações de atenção básica (SIAB)   | 47 |
| Figura 15: | Tela de acesso ao Sistema de informações do câncer da mulher (SISCAM)   | 48 |
| Figura 16: | Tela de acesso ao Sistema de informações do programa nacional de imunizações (SI-PNI)                           | 49 |
| Figura 17: | Tela de acesso ao Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)  | 50 |
| Figura 18: | Tela de acesso ao Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)  | 51 |
| Figura 19: | Tela de acesso ao Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)  | 52 |
| Figura 20: | Tela de acesso ao Sistema de Informações sobre orçamentos   | 53 |



|            |   |     |
|------------|---|-----|
|            | públicos em saúde (SIOPS)   |     |
| Figura 21: | Tela para consulta à tabela de procedimentos do Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)   | 55  |
| Figura 22: | Tela para acesso ao Subsistema do Sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS) de Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/alto custo (APAC) | 56  |
| Figura 23: | Portal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)   | 57  |
| Figura 24: | A promessa do governo interligado em rede   | 59  |
| Figura 25: | Modelo de gestão para portal de governo eletrônico  | 63  |
| Figura 26: | Modelo de comportamento informacional de Wilson (1981)  | 73  |
| Figura 27: | Modelo revisado de comportamento informacional de Wilson  | 74  |
| Figura 28: | Modelo de comportamento informacional dos médicos-residentes de Martínez-Silveira   | 75  |
| Figura 29: | Cadeia causal de contribuições da TIC para metas sociais  | 87  |
| Figura 30: | A metáfora do <i>Sense-Making</i>   | 90  |
| Figura 31: | O trinômio do <i>Sense-Making</i>   | 91  |
| Figura 32: | Questionário, perguntas 1-29  | 100 |
| Figura 33: | Questionário, perguntas 30-43   | 101 |
| Figura 34: | Questionário, perguntas 44-110  | 102 |
| Figura 35: | Questionário, perguntas 111-149   | 103 |
| Figura 36: | Distribuição geográfica da amostra  | 108 |
| Figura 37: | Distribuição da amostra por faixa etária  | 110 |
| Figura 38: | Distribuição da amostra por representação por segmento  | 115 |
| Figura 39: | Necessidade de informação Administrativa/Organizacional por faixa etária  | 122 |
| Figura 40: | Necessidade de informação Financeira por faixa etária   | 123 |
| Figura 41: | Necessidade de Informação dos Representantes dos Usuários   | 124 |
| Figura 42: | Necessidade de Informação dos Representantes dos Trabalhadores da Saúde   | 124 |
| Figura 43: | Necessidade de Informação dos Representantes dos Gestores   | 125 |
| Figura 44: | Necessidade de Informação dos Representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde   | 125 |

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Figura 45: | Meios de Comunicação/Serviços que utiliza para exercício das atividades de Conselheiro                               | 132 |
| Figura 46: | Categorias de assuntos que devem ser objeto de controle social   | 135 |
| Figura 47: | Recursos (fontes de informação) que utiliza nas atividades de conselheiro  | 137 |
| Figura 48: | Recursos (fontes de informação) mais utilizados por conselheiros representantes dos Usuários do SUS                  | 138 |
| Figura 49: | Recursos (fontes de informação) mais utilizados pelos conselheiros representantes dos Trabalhadores da Saúde         | 138 |
| Figura 50: | Recursos (fontes de informação) mais utilizados por conselheiros representantes dos Gestores do SUS                  | 139 |
| Figura 51  | Recursos (fontes de informação) mais utilizados por conselheiros representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde | 139 |
| Figura 52  | Serviços da Internet que Mais utiliza  | 147 |
| Figura 53  | Problemas que geralmente encontra quando acessa a Internet   | 148 |
| Figura 54  | Modelo de comportamento informacional dos conselheiros de saúde  | 150 |

## LISTA DE TABELAS

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| Tabela 1:  | Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde por Região  | 10  |
| Tabela 2:  | Tipologia da Participação Social em Saúde na América Latina   | 28  |
| Tabela 3:  | Rumo ao governo interligado em rede   | 60  |
| Tabela 4:  | Atores institucionais em uso de tecnologias de informação e comunicação no Governo                        | 66  |
| Tabela 5:  | Pessoas de 10 anos ou mais de idade, com acesso à internet e telefone celular, por Grandes Regiões        | 69  |
| Tabela 6:  | Efetivo de conselheiros   | 95  |
| Tabela 7:  | Relação entre o trinômio do <i>sense-making</i> e as perguntas do questionário e do roteiro da entrevista | 98  |
| Tabela 8:  | Relação entre os objetivos específicos, as variáveis, o questionário e o roteiro da entrevista            | 98  |
| Tabela 9:  | Relação entre objetivos específicos, o questionário e o roteiro da entrevista                             | 99  |
| Tabela 10: | Caracterização da amostra por profissão   | 109 |
| Tabela 11: | Grau de instrução mais elevado do conselheiro   | 111 |
| Tabela 12: | Habilidades em línguas estrangeiras   | 113 |
| Tabela 13: | Distribuição da amostra por esfera de conselho  | 114 |
| Tabela 14: | Segmentos representados pelos conselheiros nacionais  | 115 |
| Tabela 15: | Segmentos representados pelos conselheiros estaduais  | 116 |
| Tabela 16: | Segmentos representados pelos conselheiros municipais   | 116 |
| Tabela 17: | Tempo de participação no conselho   | 118 |
| Tabela 18: | Publicações dos conselheiros  | 119 |
| Tabela 19: | Tipo de Informação que necessita para exercer o controle social no SUS                                    | 121 |
| Tabela 20: | Tipos de informação mais necessária por região  | 122 |
| Tabela 21: | Necessidade de Informação por profissão dos conselheiros  | 126 |
| Tabela 22: | Situação x Lacuna no uso das informações sobre recursos financeiros                                       | 127 |
| Tabela 23: | Situação x Lacuna no uso de informações para mobilizações sociais   | 128 |
| Tabela 24: | Situação x Lacuna no uso de veículos de comunicação   | 129 |

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Tabela 25: | Meios de Comunicação/Serviços que utiliza nas atividades de Conselheiro                                      | 131 |
| Tabela 26: | Assuntos que devem ser objeto de controle social   | 133 |
| Tabela 27: | Frequência acumulada dos assuntos que devem ser objeto de controle social                                    | 134 |
| Tabela 28: | Categorias de assuntos que devem ser objeto de controle social   | 135 |
| Tabela 29: | Fontes de informação mais utilizadas por Segmento de Representação nos Conselhos                             | 140 |
| Tabela 30: | Finalidade com que busca a informação/Situação   | 142 |
| Tabela 31: | Grau de importância de cada página da Internet para as atividades de conselheiro                             | 143 |
| Tabela 32: | Grau de importância dos serviços/produtos de informação para suas atividades de conselheiro                  | 144 |
| Tabela 33: | Grau de utilidade de serviços e produtos para as atividades de conselheiro – pesquisa do Ministério da Saúde | 144 |
| Tabela 34: | Maior Grau de Facilidade de uso de serviços/produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro          | 145 |
| Tabela 35: | Menor Grau de Facilidade de uso de serviços/produtos oferecidos para suas atividades de conselheiro          | 146 |
| Tabela 36: | De onde faz conexão com a Internet   | 147 |

## Lista de Siglas, Acrônimos e Similares

|          |  |
|----------|--|
| AIH      | Autorização de Internação Hospitalar                           |
| B2G      | Business-to-Government   |
| C2G      | Citizen/Customer-to-Government                                 |
| CES      | Conselho Estadual de Saúde                                     |
| CMS      | Conselho Municipal de Saúde                                    |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde                                     |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde           |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde            |
| DATASUS  | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde          |
| FNS      | Fundo Nacional de Saúde  |
| FUNASA   | Fundação Nacional de Saúde                                     |
| G2B      | <i>Government-to-Business</i>                                  |
| G2C      | <i>Government-to-Customer/Citizen</i>                          |
| G2G      | <i>Government-to-Government</i>                                |
| MS       | Ministério da Saúde  |
| NASF     | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                             |
| PACS     | Programa Agentes Comunitários de Saúde                         |
| PPI      | Programação Pactuada e Integrada                               |
| RNIS     | Rede Nacional de Informações de Saúde                          |
| SES      | Secretaria Estadual de Saúde                                   |
| SIAIH    | Sistema de Informações da Autorização de Internação Hospitalar |
| SIASUS   | Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde |
| SMS      | Secretaria Municipal de Saúde                                  |

## SUMÁRIO

|  |      |
|--|------|
| <b>Resumo</b>  | viii |
| <b>Abstract</b>  | ix   |
| <b>Lista de figuras</b>  | x    |
| <b>Lista de tabelas</b>  | xiii |
| <b>Lista de siglas, acrônimos e similares</b>  | xv   |
| <br>   |      |
| <b>1. Tema</b>   | 1    |
| <br>   |      |
| <b>2. Justificativa</b>  | 3    |
| <br>   |      |
| <b>3. Ambiente da pesquisa</b>   | 6    |
| 3.1 Conselhos de Saúde   | 6    |
| 3.2 Conselho Municipal de Saúde  | 7    |
| 3.3 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) | 8    |
| 3.4 O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde  | 8    |
| <br>   |      |
| <b>4. Revisão da literatura</b>  | 11   |
| 4.1 Pesquisas sobre conselhos e conselheiros de saúde  | 11   |
| 4.2 Controle Social  | 14   |
| 4.3 Informação para Controle Social do SUS   | 16   |
| 4.4 Informação em saúde  | 30   |
| 4.4.1 Registro eletrônico do paciente  | 31   |
| 4.4.2 Padrões para representação da informação em saúde  | 32   |
| 4.4.3 Acervo de sistemas de informação em saúde  | 33   |
| 4.5 Portais na Internet  | 58   |
| 4.5.1 Governo Eletrônico   | 58   |
| 4.5.2 Portais governamentais e portais corporativos  | 61   |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 4.5.3    | Transparência no Governo e direito do cidadão à informação | 64         |
| 4.6      | Necessidades de Informação                                 | 69         |
| 4.6.1    | Estudos de usuários e necessidade de informação            | 69         |
| 4.7      | Analfabetismo e exclusão digitais                          | 80         |
| 4.8      | Indicadores  | 86         |
| 4.9      | Conclusão da revisão da literatura                         | 88         |
| <b>5</b> | <b>- Metodologia</b>                                       | <b>89</b>  |
| 5.1.     | Fundamentação teórica                                      | 89         |
| 5.2.     | Objetivos da pesquisa                                      | 93         |
| 5.2.1    | Objetivo geral   | 93         |
| 5.2.2    | Objetivos específicos                                      | 93         |
| 5.3      | Definições operacionais                                    | 93         |
| 5.4      | Universo da pesquisa                                       | 95         |
| 5.5      | Amostra da pesquisa  | 95         |
| 5.6      | Margem de erro da pesquisa                                 | 96         |
| 5.7      | Instrumentos de coleta de dados                            | 97         |
| 5.8      | Pré-teste  | 104        |
| 5.9      | Coleta de dados  | 105        |
| <b>6</b> | <b>Análise e interpretação dos dados</b>                   | <b>107</b> |
| 6.1      | Qualificação da Amostra                                    | 107        |
| 6.1.1    | Perfil dos conselheiros                                    | 107        |
| 6.2      | Necessidades de informação dos conselheiros                | 120        |
| 6.3      | Razões das necessidades de informação dos conselheiros     | 142        |
| 6.4      | Inclusão digital dos conselheiros                          | 146        |
| <b>7</b> | <b>Conclusões e recomendações</b>                          | <b>152</b> |
| 7.1      | Síntese da metodologia e dos dados analisados              | 152        |

|   |            |
|---|------------|
| 7.2 Contribuições da pesquisa                                   | 154        |
| 7.3 Sugestões para próximas pesquisas                           | 155        |
| 7.4 Sugestões para políticas internas de comunicação            | 155        |
| 7.5 Limitações da pesquisa                                      | 156        |
| <b>Referências</b>  | <b>157</b> |
| <b>Anexos</b>   |            |
| I – Instrumento de coleta de dados – Fase de pré-teste          | 176        |
| II – Instrumento de coleta de dados hospedado na <i>web</i>     | 182        |
| III – Mensagem eletrônica convidando à participação na pesquisa | 188        |
| IV – Mensagem eletrônica de cobrança de resposta                | 189        |
| V – Correspondência enviada pelos correios                      | 190        |
| VI – Roteiro da entrevista                                      | 192        |



## 1 - Tema

Com o tema pesquisado, pretendeu-se avançar no estudo dos processos de gestão e transferência de informação para os conselheiros de saúde, como insumo para o exercício do controle social, com a utilização das tecnologias de informação e comunicação.

A classificação, hierarquização, relevância, tempestividade e transferência da informação em saúde, colocada à disposição do usuário, no caso desta pesquisa o conselheiro do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos diversos sítios governamentais brasileiros na *web*, parecem ser definidas por quem conhece o serviço público por dentro, ignorando as reais necessidades do usuário no tocante à informação para realização do seu trabalho. Na maioria das vezes, nem só a necessidade de informação do usuário não é o foco principal da preocupação, mas também o seu comportamento na busca pela informação parece não ser levado em conta.

Tal prática tem conduzido, e parece ser consenso no âmbito do SUS, à fragmentação, centralização e formalização das informações, o que acarreta como corolário, deficiências nos processos e nos mecanismos de disseminação e entrega dos serviços aos interessados. Faz-se necessário, portanto, a revisão de tais procedimentos para que o controle social, que tem ficado à margem do processo informacional, passe a ter uma imprescindível interface para o seu desempenho efetivo.

A pesquisa aqui apresentada está dividida em sete capítulos. Este primeiro procura esclarecer a necessidade e relevância do tema para a prática do controle social no âmbito do SUS e descreve a estrutura do trabalho.

O capítulo dois apresenta a justificativa para a realização do estudo, com base na oportunidade surgida com a publicação da *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde* e as recomendações para estímulo e incentivo à participação da sociedade nos conselhos, pelas Conferências de Saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

O terceiro capítulo aborda o ambiente e o contexto da pesquisa realizada, apresentando os conselhos de saúde em suas três esferas de atuação: nacional, estadual e municipal.

A revisão da literatura está contemplada no capítulo quatro, cobrindo os principais tópicos abordados na pesquisa, a saber: pesquisa com conselhos e conselheiros de saúde; controle social e informação para sua prática; informação em saúde; portais corporativos e governamentais na internet; governo eletrônico; transparência no governo e direito à

informação; estudos de usuários e necessidade de informação; analfabetismo e exclusão digitais e indicadores de saúde como fontes de informação e ferramenta de gestão.

A metodologia utilizada na pesquisa aqui descrita está detalhada no capítulo cinco, abrangendo os seguintes aspectos: fundamentação teórica; o objetivo geral e os quatro objetivos específicos do estudo, além das principais definições operacionais utilizadas no trabalho; o universo da pesquisa, a amostra e a margem de erro; a descrição dos instrumentos de coleta de dados; o pré-teste e o processo da coleta de dados.

O capítulo seis trata da análise e interpretação dos dados, discorrendo sobre a qualificação da amostra; o perfil dos conselheiros quanto ao gênero, idade, profissão e distribuição geográfica, além da escolaridade, do segmento profissional que representa dentro dos conselhos, o tempo de atuação na área da saúde e há quanto tempo que exerce a função de conselheiro. Descreve também os achados no tocante às necessidades de informação e as razões das mesmas, bem como traça o perfil dos pesquisados com relação à inclusão digital e habilidades para uso de tecnologias.

No capítulo sete estão as conclusões, recomendações e sugestões do estudo. A bibliografia consultada está listada no final da dissertação e os anexos apresentam os instrumentos de coleta de dados (questionário e roteiro para entrevista), e as várias mensagens eletrônicas e correspondência enviadas aos pesquisados.

## 2 - Justificativa

A área da saúde no Brasil é reconhecida, interna e externamente, pela grande tradição de coletar, tratar, analisar e disseminar informação. No entanto, algumas dessas práticas que ainda estão associadas à fragmentação, centralização e formalização das informações, além das deficiências nos mecanismos de disseminação, devem ser revistas para que o controle social, que têm ficado à margem desse processo, passe a ter com a informação uma imprescindível interface para seu desempenho.

A usabilidade da informação em saúde, disponibilizada pelo governo eletrônico, deve contribuir para o aperfeiçoamento e consolidação do controle social do SUS, facilitando o acompanhamento administrativo e financeiro, as políticas de saúde, o planejamento e avaliação do sistema nas três esferas governamentais.

Justifica-se este estudo pela necessidade de se procurar saber e tentar identificar como o usuário, conselheiro do SUS, procura o quê, onde e como nas fontes de informação voltadas para a saúde. No caso de informações e serviços públicos, de interesse direto para toda população, as iniciativas de disseminação ainda são episódicas e carecem de uniformidade e abrangência.

Para esta pesquisa considerou-se sítio governamental qualquer sítio eletrônico, desenvolvido e colocado à disposição da população, na *web*, por órgão governamental, seja da administração pública direta ou indireta (ministérios, autarquias, empresas públicas e outros). Numa primeira aproximação com o tema, buscou-se respaldo em Barreto (2001) quando aborda a questão da passagem da informação, da esfera privada de sua criação, para a esfera pública da exposição coletiva. Argumenta o autor que a estrutura da relação que existe entre o fluxo de informação e o público a quem se destina o conhecimento vem se modificando, ao longo do tempo, fruto de diferentes técnicas que operam na transferência da informação, do gerador ao receptor. O autor acredita que o fluxo da informação, em si, é composto por uma série de eventos que levam à concretização do que chama de “cerne da ciência da informação: a geração de conhecimento no indivíduo e no seu espaço de convivência” (BARRETO, 1998, p. 122).

Esta pesquisa visou tipificar os conselheiros de saúde, usuários da informação disponível nos sítios dos serviços públicos de saúde; como, quando e porque a utilizam; as expectativas e necessidades em relação à informação de que necessitam para o exercício de suas atividades diárias voltadas para o controle social do SUS. Procurou identificar, também, a existência de possíveis fatores limitadores do acesso aos sítios governamentais, nas três esferas, no tocante ao que hoje é conhecido por exclusão digital. Neste

particular, o projeto buscou identificar e medir até que ponto a exclusão digital, principalmente na esfera municipal, pode tornar-se um fator limitador ao pleno exercício do controle social, no caso o do Sistema Único de Saúde.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, é um marco referencial na recomendação desta linha de pesquisa quando sugere que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem criar centros de documentação, informação, comunicação e educação em saúde nos sistemas locais, estaduais e nacional de saúde “voltados para a democratização das informações acessíveis aos usuários, conselheiros, trabalhadores em saúde e gestores do sistema, para possibilitar o controle social, a fiscalização, a gerência e o planejamento do SUS.” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p. 11)

A *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde* recomenda, dentro do item Informação em Saúde, pesquisas que contemplem os seguintes temas:

- a) avaliação da informação em Saúde;
- b) estudos sobre o uso da informação nos processos decisórios do SUS;
- c) estudos voltados à gestão da informação.

Com relação ao tópico Informação para Controle Social, o mesmo documento recomenda que os seguintes itens sejam contemplados:

- a) estudo sobre o acesso e nível de conhecimento das populações sobre os agravos em saúde e a forma que esse conhecimento é disponibilizado pelos órgãos de gestão em saúde;
- b) estudo sobre métodos para transferência de informação da saúde para a população;
- c) estudos de impacto da efetividade da comunicação nos conselhos de saúde;
- d) desenvolvimento de metodologias de informação e comunicação entre os conselhos de saúde, suas representações e a sociedade. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por sua vez, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007 teve como um dos seus eixos temáticos “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde”, contemplando os principais tópicos como norteadores das discussões:<sup>1</sup>

- A competência e a relevância das instâncias de representação da sociedade. Democracia direta e representação política. A participação social e os poderes repu-

---

<sup>1</sup> <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/propostadetermodereferencia.pdf>

blicanos. As instâncias de mediação entre Estado e sociedade. As atribuições dos Conselhos e Conferências de Saúde no contexto de democracia eleitoral e baixa densidade do direito à saúde. As diferenças e aproximações das concepções e práticas que envolvem a participação política, participação social e participação social e controle social.

- Participação social e o fortalecimento dos conselhos e conferências de saúde. Garantia constitucional do direito da população de participar coletivamente das decisões sobre as políticas públicas. A eleição das entidades que compõem o conselho e do presidente. A estruturação colegiada da coordenação dos conselhos. A educação permanente como processo de educação em saúde não restrito a cursos, mas focado em oportunidades.

- Participação social em todo o processo orçamentário, monitoramento e controle da elaboração e execução de políticas e programas. Financiamento do controle social com a co-participação das três esferas de governo. Autonomia financeira dos Conselhos de Saúde.

### **3 – Ambiente da pesquisa**

A pesquisa aqui descrita teve por ambiente os conselhos de saúde nas suas três esferas (nacional, estadual e municipal) e os sítios e páginas governamentais que tratam das informações de saúde hospedadas na *web* e tornados disponíveis pelas novas tecnologias de informação (computadores eletrônicos, redes de computadores e internet) e que são visitados pelos conselheiros de saúde quando buscam informação para exercício do controle social no âmbito do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação<sup>2</sup>.

Com a Constituição de 1988 fica assegurada a mobilização social para se fazer representar nas instâncias encarregadas de promover o debate, a participação, a implementação, a fiscalização, a avaliação e o controle dos recursos públicos.

#### **3.1. Conselhos de Saúde**

São órgãos colegiados deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Atuam na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

As decisões dos conselhos de saúde são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada uma das três esferas de governo. As regras para composição dos conselhos são também estabelecidas no texto legal, devendo incluir representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários, sendo a representação dos usuários paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos. A

---

<sup>2</sup> Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1124](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124). Acessado em 23.06.2009.

criação dos conselhos deve ser objeto de lei ou decreto, no âmbito municipal ou estadual. O Conselho Nacional de Saúde (regulado pelo Decreto nº 99.438 de 1990) estabeleceu recomendações para constituição e estruturação dos conselhos no âmbito estadual e municipal: garantia de representatividade, com a escolha dos representantes feita pelos próprios segmentos; distribuição da composição, sendo 50% usuários, 25% para trabalhadores da saúde e 25% para gestores e prestadores de serviços; eleição do presidente entre os membros do Conselho.

Os conselheiros são indicados pelas entidades a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares e outras entidades e movimentos afins. É recomendado, ainda, que não haja coincidência de mandatos entre membros dos conselhos e governantes, como forma de minimizar as possibilidades de rupturas bruscas nas políticas implementadas.

Desde a edição das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990), a existência e o funcionamento dos conselhos de Saúde são requisitos exigidos para a habilitação e o recebimento dos recursos federais repassados “fundo a fundo” aos municípios. A Emenda Constitucional nº 29/2000 reforçou esta exigência.

### **3.2. Conselho Municipal de Saúde**

O Conselho Municipal de Saúde é o órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, na esfera municipal. Deve atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. É constituído por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%) cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído.

Para que um Conselho funcione de forma adequada, faz-se necessário que seja representativo e tenha legitimidade, além de apresentar as condições previstas por lei. Os usuários são escolhidos por membros de sua classe, com direito à voz e voto. A participação é voluntária e não-remunerada. As reuniões do Conselho são mensais e abertas ao público, com direito à voz (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A criação dos conselhos municipais de Saúde é estabelecida por lei municipal, com base na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, após demanda da população, estabelecida por meio das conferências municipais de Saúde. Acatando a solicitação da população

e/ou da câmara dos vereadores, o prefeito municipal convoca uma Conferência Municipal de Saúde, oportunidade em que são debatidos temas relacionados à saúde e ao SUS. Dessa Conferência, são eleitos os representantes dos diversos segmentos que atuarão no Conselho Municipal de Saúde. Após essa demanda, o prefeito formula e sanciona a lei de criação do Conselho Municipal de Saúde.

### **3.3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)**

O Conass congrega os secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, tendo por finalidade operar o intercâmbio de experiências e informações entre seus membros, assegurando a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar da Saúde brasileira, na implementação de ações e serviços de Saúde. Por sua vez, o Conasems é uma entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de saúde. Nenhum destes dois conselhos tem foco no controle social do Sistema Único de Saúde.

### **3.4. O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde**

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi avaliado que, no cenário mundial e no Brasil, as políticas estratégicas setoriais de comunicação e informação encontram-se no eixo central das possibilidades de geração de novos processos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. Para preencher tal lacuna, o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde (Cncs) surge como um mecanismo estratégico no processo de construção das políticas de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Trata-se de um instrumento que utiliza a internet para a atualização dos dados dos conselhos de saúde e disponibiliza essas informações para livre consulta da sociedade (SILVA, 2007, p. 73).

Para implementar a proposta foi formado um grupo de trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva com a participação do CNS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE) e o Departamento de Informática do SUS (Data-sus), que avaliou os cadastros de conselhos de saúde já existentes no Ministério da Saúde. Verificou-se que as informações apresentadas divergiam entre si e dos dados apre-



sentados pelos conselhos de saúde. Avaliou-se também que nenhum dos cadastros possuía rotina de atualização dos dados, o que acarretava uma defasagem nas informações (SILVA, 2007, p. 75).

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde tem como objetivos principais (SILVA, 2007, p. 76):

- fortalecer a comunicação e informação do Conselho Nacional de Saúde com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- manter um único cadastro, atualizado, com identificação dos conselhos de saúde de âmbito estadual, municipal e do Distrito Federal e de seus presidentes;
- disponibilizar o cadastro para todos os órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e do Distrito Federal;
- dar visibilidade à sociedade sobre as informações dos conselhos de saúde; através da Internet.

O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde disponibiliza as seguintes informações (SILVA, 2007, *op. cit.*, p. 78):

- identificação (nome do conselho – Estadual, Distrito Federal e Municipal);
- endereço (bairro/localidade, complemento, ponto de referência, CEP);
- telefone, fax e endereço eletrônico;
- dados de funcionamento do conselho (data de criação do conselho, data da última recomposição do conselho);
- outros dados do conselho (periodicidade das reuniões, temas abordados nas reuniões e adequação à Resolução nº 333/2003 do CNS;
- composição atual do conselho – quantidade total de conselheiros, quantidade de usuários, quantidade de trabalhadores de saúde, quantidade de prestadores de serviço e quantidade de gestores;
- dados do presidente do conselho (nome completo, sexo, faixa etária, segmento, estado, município, bairro, localidade, endereço, complemento, ponto de referência, CEP, telefone, fax, endereço eletrônico e autorização para a divulgação dos seus dados – disponível no sistema). A tabela 1 mostra a situação do cadastro em 2007.

Tabela 1: Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde por Região

| Estado                      | Total de Conselhos |
|-----------------------------|--------------------|
| Região Norte                |                    |
| Acre                        | 23                 |
| Amapá                       | 17                 |
| Amazonas                    | 63                 |
| Rondônia                    | 53                 |
| Roraima                     | 16                 |
| Pará                        | 144                |
| Tocantins                   | 140                |
| Região Nordeste             |                    |
| Alagoas                     | 103                |
| Bahia                       | 418                |
| Ceará                       | 185                |
| Maranhão                    | 218                |
| Paraíba                     | 224                |
| Pernambuco                  | 186                |
| Piauí                       | 224                |
| Rio Grande do Norte         | 168                |
| Sergipe                     | 76                 |
| Sudeste                     |                    |
| Espírito Santo              | 79                 |
| Minas Gerais                | 854                |
| Rio de Janeiro              | 93                 |
| São Paulo                   | 646                |
| Sul                         |                    |
| Paraná                      | 400                |
| Rio Grande do Sul           | 497                |
| Santa Catarina              | 294                |
| Centro-Oeste                |                    |
| Distrito Federal            | 1                  |
| Goiás                       | 247                |
| Mato Grosso                 | 142                |
| Mato Grosso do Sul          | 79                 |
| 5.590 Conselhos Cadastrados |                    |

Fonte: Adaptado de Silva, 2007, p. 79.

## **4 – Revisão da literatura**

O levantamento da literatura sobre o tema foi finalizado em março de 2009. Foram consultadas referências e possíveis obras existentes na Biblioteca Central (BCE) da Universidade de Brasília (UnB) e nas bibliotecas do Ministério da Saúde, bem como da BIREME, da biblioteca Professor Roger Patti da Universidade Paulista (UNIP) no campus de Brasília-DF e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT),

As principais bases de dados também pesquisadas foram as do DATA-SUS/Ministério da Saúde, LISA (Library and Information Science Abstracts), PubMed da National Library of Medicine, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além dos mais conhecidos vocabulários internacionais disponíveis para representação de informação em saúde, tais como o Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), Health Query Language (MIQUEST) e o Systematised Nomenclature of Medicine (SNOMED).

Serviram como fonte de pesquisa também os principais sítios da *web* relacionados ao tema, como o do Ministério da Saúde, o da Universidade de Campinas (UNICAMP), o do Common Request Broker Architecture-Healthcare Domain Task Force of the Object Management Group (CORBAmed), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, além dos vários sítios estaduais e municipais das Secretarias de Saúde.

A revisão da literatura procurou contemplar o referencial teórico sobre conselhos e conselheiros de saúde e o controle social pelas várias instâncias da sociedade, do Estado e a prestação de informações e serviços pelas várias esferas do governo eletrônico. Em seguida aborda a questão do uso da informação para exercício do controle social do SUS pelas várias esferas de conselheiros: nacionais, estaduais e municipais. Aborda também tópicos sobre portais corporativos e governamentais, a questão da necessidade de informação do ponto de vista dos conteúdos, particularmente da informação em saúde e os estudos de usuários de informação para controle social.

### **4.1 Pesquisas sobre conselhos e conselheiros de saúde**

Os primeiros trabalhos a respeito do tema surgiram no início dos anos 90, como consequência do aparecimento dos conselhos de saúde no cenário político-sanitarista

brasileiro, com a missão de operacionalizar o princípio constitucional da participação comunitária e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde.

Pode-se classificar a pesquisa nesta área em três categorias. Na primeira estão aquelas relativas à novidade do tema, com propostas de diretrizes para a implantação do conselho (GOULART, BARATTA e TRINDADE, 1991); propostas de soluções para acompanhamento e análise das políticas públicas (SACARDO e CASTRO, 2002); incentivo à participação popular no novo processo (BRASIL, ABRASCO, 1994) e (STOTZ, 1994) e os desafios enfrentados na época, pelos pioneiros no exercício da participação popular e as primeiras avaliações de implantação (CARVALHO, 1994 e CARVALHO, 1994(b)).

Na segunda categoria, encontram-se os trabalhos que procuraram compreender o problema da participação comunitária nos conselhos locais e suas eventuais dificuldades (CORDON, 1995). Ainda nesta vertente, o potencial dos conselhos de saúde foi preocupação de Labra e Figueiredo (2002). A capacidade de luta pela saúde, no tocante ao Conselho Nacional mereceu a atenção de Silva e Abreu (2002), enquanto que a questão da conquista de poder (empoderamento) e dos recursos para participação, dentro dos conselhos, foi o objeto do estudo de Wendhausen, Barbosa e Borba (2006). A disseminação da prática de uso de ferramentas de gestão no cotidiano dos conselhos foi sugerida na pesquisa de Gonçalves, Silva e Pedrosa (2008).

A terceira e última categoria de trabalhos a respeito do exercício do controle social engloba os estudos específicos sobre conselhos em alguns estados e municípios brasileiros, nas suas várias esferas de representação, revelando o interesse e preocupação por parte de pesquisadores de praticamente todas as regiões do país.

Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte foram analisados por Andrade e Goya (1992), no Estado do Ceará. Também na região nordeste mereceram estudos os conselhos de alguns municípios de Pernambuco (COÊLHO, 2001), o da capital, Recife (PASSOS, 1995) e na Bahia, Carvalho (1998) estudou a participação popular no conselho municipal de Feira de Santana.

Na esfera municipal, portanto mais próximo do cidadão, a conclusão dos estudos caracteriza-se por alguma decepção com relação à percepção, por parte dos próprios membros, da importância desta ferramenta à disposição da sociedade. Azevedo, Fernandes e Martiniano (2006) evidenciam que a maioria dos conselhos instituídos, por exemplo, em Campina Grande (PB), não se configurou, de forma consistente, num espaço de discussão das políticas setoriais; atribuem esta demora à dificuldade do acompanhamento das discussões pelo cidadão e que isto, de alguma forma, fragiliza a apropriação do meio

de controle social. Recomendam, na conclusão de seu estudo, repensar a atuação destes espaços se há a pretensão de se avançar na direção de uma gestão pública realmente democrática.

Na região centro-oeste, a situação não se revelou diferente. Almeida (2002) recomenda em sua pesquisa que os conselheiros de Mato Grosso do Sul analisem sua própria trajetória, reconhecendo a deliberação como um produto da ação política, fruto de discussão coletiva e a importância desta ser implantada em sua própria lei de criação. Brown (1998) concluiu que havia necessidade de desenvolver programas de sensibilização e capacitação para que todos se tornem atores ativos e efetivos em favor da saúde da comunidade local e Souza (1995) concluiu que os Conselhos Municipais de Saúde ainda não superaram a condição de uma mera instância formal de participação popular e, portanto, de controle social muito distante do efetivo controle almejado pelas sucessivas gerações de sanitaristas brasileiros.

Marino (1992) investigou o conselho municipal de Florianópolis (SC), enquanto que, no mesmo estado, Wendhausen e Caponi (2002) estudaram a prática do diálogo entre os membros num conselho municipal. No Rio de Janeiro, conselheiros representantes de usuários do SUS constituíram o público-alvo na investigação levada a cabo por Figueiredo (2001), na região metropolitana da capital fluminense, enquanto que Werner (1994) preocupou-se com o conselho municipal de Niterói-RJ. O da cidade de Mesquita foi estudado por Oliveira (2007).

Em São Paulo, a experiência de Marília mereceu a atenção de Fracoli e Silva (1995); Bertioga a de Presoto (2004), enquanto que o interesse pelo conselho municipal de Botucatu norteou a investigação de Morita, Guimarães e Di Muzio (2006). Na capital, Bógus (1998), investigou a prática educativa nos cursos de formação política para conselheiros da Zona Leste, no período 1987-1992.

Em Minas Gerais, Costa (2006), analisou a participação do usuário como conselheiro em Belo Horizonte. Visando estudar a participação popular em conselhos municipais nas cidades mais populosas do país, Moreira *et al* (2008) pesquisou nos municípios com mais de cem mil habitantes e propôs alguns indicadores que mostram a participação de tais conselhos nas políticas de saúde de suas respectivas cidades.

Conforme visto até aqui, a preocupação inicial dos pesquisadores era com relação à participação social e o exercício da cidadania no âmbito dos conselhos. No início do levantamento bibliográfico para esta pesquisa, em 2004, ainda era pequena a atenção com a questão da comunicação e da informação para os conselheiros de saúde exercerem

rem efetivamente o controle social. Duas fontes apresentavam esta preocupação: o relatório final da Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) realizada pelo Ministério da Saúde e que serviu de base para a construção dos instrumentos de coleta de dados e o trabalho de Oliveira (2004 b) sobre o papel da comunicação e da informação no processo da participação popular nos conselhos de saúde.

## 4.2 Controle Social

A idéia de controle social aparece “em primeiro lugar nas obras de Comte, *Curso de filosofia positiva* (1830-1842) e *Política positiva* (1851-1854)”, segundo Hollingshead (*apud* Pierson, 1970, p. 391). Posteriormente, surge nos escritos de Lester Ward, *Sociologia dinâmica* (1883). Entretanto, os primeiros pensadores a lançar mão da expressão “controle social” foram Small e Vincent, num trabalho publicado em 1894, intitulado *Uma introdução ao estudo da sociedade* (LAKATOS, 1999, p. 236). Segundo esta autora, o controle social manifesta-se pelas sanções, positivas ou negativas, que possuem dupla função: de um lado, asseguram a conformidade das condutas, possibilitando a coesão e o funcionamento das coletividades e, de outro, desencorajam o não-conformismo perante as normas estabelecidas.

Para Bobbio *et al* (1998, p. 283-5), por controle social entende-se o conjunto de meios de intervenção, quer positivo ou negativo, acionado pela sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança de sistema normativo.

No curso de sua história, ainda segundo Bobbio *et al* (1998, p. 285), cada sociedade ou grupo “tende a modificar os mecanismos de controle social a que faz recurso para garantir o consenso.” A este propósito, podem delinear-se, embora esquematicamente, as mudanças que os sistemas de controle social sofreram na sociedade industrial.

Neste período em que se emprega uma grande quantidade de recursos públicos para realizar uma situação de segurança social, em que se alarga a esfera de competência do Estado (quer na direção para incrementar a ocupação no setor terciário, quer no apoio dado ao setor secundário, quer no campo social) se determina paralelamente, e exatamente em relação com a forte intervenção no setor público, uma situação de delegação e de “menor participação social dos cidadãos e a consolidação dos interesses dos

vários grupos que acentuam, cada vez mais, seu caráter de pressão” (BOBBIO *et al*, 1998, p. 285).

Costa (2005, p. 389) chama de controle social aos “mecanismos, tanto materiais quanto simbólicos, que estão disponíveis numa dada sociedade, com o propósito de eliminar ou diminuir as formas de comportamento desviantes, individuais ou coletivas.” Para a autora, fazem parte desses mecanismos as formas de controle responsáveis pela introdução de normas e valores sociais acompanhadas da socialização dos membros de tal sociedade. A socióloga ainda vincula, ao conceito, as regras que orientam as recompensas e punições existentes, presentes em seus códigos e constituições, como as existentes em cada instituição particularmente.

Em relação às políticas públicas o controle social é uma mudança no paradigma do exercício de poder no Brasil. Deve-se levar em conta que estamos diante do “aparecimento de prática social nova, onde o cidadão participa de forma crescente e consciente para a construção e promoção da cidadania” (OLIVEIRA, 2004, p. 842).

Na visão de Rocha (2001, p. 67), na prática este conceito de controle deve se traduzir num processo coletivo que atua sobre o Estado, fugindo à possibilidade de inverterem-se os papéis. Para tal, a informação torna-se essencial; “é instrumento do sujeito social controlador, fiscalizador, regulador, gestor e deliberador.” Para Assis e Villa (2006) o controle social consiste em canais institucionais de participação na gestão governamental, de tal sorte que nele estejam incluídos novos sujeitos coletivos nos processos decisórios, não devendo, portanto, ser confundido com aqueles movimentos autônomos em relação ao Estado.

Esta participação/controlado social não pode ser entendida como sendo mera extensão burocrática e executiva, mas como um contínuo processo de democratização em âmbito local, o que acarreta o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, e, nesse sentido, o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS e VILLA, 2006).

Breder (2006, p.190-191) chama a atenção para o objeto do controle social pelo viés da elaboração e execução orçamentária dos recursos arrecadados, compreendendo, também a renúncia de receitas pelo Estado, a fiscalização e a prestação de contas de sua utilização, sob a ótica não apenas da legalidade ou do formalismo dos atos, mas, também “da legitimidade, economicidade, oportunidade e adequação ao propósito de assegurar o alcance do bem comum e do interesse público.”

Costa (2004), com base nas reflexões de Gilles Deleuze sobre o trabalho de Michel Foucault, trata de algumas diferenças entre as sociedades disciplinadoras e a sociedade de controle, abordando as recentes tecnologias utilizadas pelos sistemas de informações governamentais para o controle social.

A questão do controle social, como uma prática política sobre as atividades da saúde pública tem merecido estudos mais aprofundados e suscitado debates acalorados. Stotz (1994) chama a atenção para as dificuldades e perspectivas de se incorporar a temática específica dos movimentos sociais. Argumenta que talvez a causa da diminuição do poder reflexivo sobre uma questão teórica e politicamente relevante, como a da constituição dos sujeitos coletivos, possa ser debitada ao que chama de “politicismo” da tradição da análise política brasileira; enquanto Marteleto (2004) acena com a perspectiva do desenvolvimento de ações político-pedagógicas a serem desenvolvidas no contexto das modernas sociedades da informação, ao promoverem espaços de produção e emprego de conhecimento e informações para o desenvolvimento e a democratização da sociedade.

Campos (2004) sugere, de forma bem mais prática e operacional, que o controle social pode ser efetivado por intermédio de um conselho, organizado, mobilizado e representativo, respaldado em fundos financeiros, que sejam auditados e geridos com fundamentação em políticas setoriais que também explicitem a estrutura física, o pessoal qualificado, o acesso às informações e o processo de capacitação dos conselheiros, o que deve ser sistemático e permanente.

### **4.3 Informação para Controle Social do SUS**

Do ponto de vista do SUS, “controle social é um mecanismo institucionalizado pelo qual se procura garantir a participação e o controle exercido pela sociedade, com representatividade, no âmbito da saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, *op. cit.*, p. 70). Prioritariamente é realizado por intermédio dos Conselhos de Saúde, mas se dá em muitas outras instâncias. Dever ser uma prática que permeia todas as ações e serviços de saúde.

A participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de saúde (garantidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) ocorre por meio dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. Estima que atualmente existam mais de 70 mil conselheiros de saúde em todo o país (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, *op. cit.*, p. 70). O SUS garante ao Distrito Federal, estados e municípios a au-



tonomia para administrar os recursos da saúde, de acordo com a sua condição de gestão (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal).

Para que o sistema funcione a contento, é preciso que cada estado e município tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada; assim, os recursos federais são repassados por meio do Fundo Nacional para os fundos estaduais ou municipais de saúde ou, ainda, dos fundos estaduais para os fundos municipais de saúde.

Compete ao gestor municipal informar à população sobre os mecanismos de participação e controle social disponíveis, fomentando todas as formas de mobilização social favoráveis. Para fazer parte de um Conselho de Saúde, o cidadão precisa pertencer a alguma entidade, a qual representará no colegiado.

No entanto, Bispo Júnior e Gesteira (2006) lembram que, a fim de que os conselheiros de saúde possam, responsável e conscientemente, deliberar sobre políticas que busquem efetivamente combater as desigualdades sanitárias e promover a saúde da população, é necessário que esses tenham acesso a informações sobre a realidade epidemiológica do município e sobre os modelos assistenciais que tenham poder de reverter esta realidade.

Silva (1994) alude à importância da informação para a prática de políticas democráticas quando aborda a definição dos tipos de informação com a qual o grupo de interesse (os atores sociais) tem que lidar em seu cotidiano, bem como a sua possível associação ou acesso aos institutos de pesquisa e de estatística para a formação de uma melhor base de dados para as atividades de controle e planejamento.

Alguns autores observam que, ao longo do tempo, “a informação em saúde foi ganhando amplitude, ultrapassando sua configuração em sistemas de informação em saúde, alcançando a dimensão de instrumento para a participação-controle social e da integração serviço/programa/usuário” (PEDROSA, 1998, p. 175-181)

A dimensão da informação em saúde, como um instrumento para a participação-controle social no âmbito do SUS, enquanto ferramenta norteadora do processo de descentralização do serviço encontra suporte na visão de Anjos (1996), que aborda a questão dos processos de planejamento, de gestão de recursos humanos e processo de controle social. No âmbito da descentralização do SUS nos municípios, existem pesquisas, como a de Repullo Júnior (2002), que analisou os sistemas de informação de saúde do trabalhador com o propósito de subsidiar o gestor municipal na implantação desse serviço. Pascali (2005) constata que se a prática dos conselheiros municipais de saúde pode parecer limitada, considerando-se o que se define como controle social, sua disposição e disponibili-

dade em relação à vida social e coletiva merece destaque e respeito. Nesta mesma linha, Valla, Carvalho e Assis (1993) direcionam o foco de suas preocupações para o incremento de serviços públicos de qualidade como conquistas da cidadania.

Mais recentemente, preocupações com investigação a respeito de escândalos financeiros, notadamente os enquadrados na categoria “maquiagem de balanços”, trouxeram à baila a expressão *accountability*, sem tradução ainda para o português, mas que traz em si a idéia de prestação de contas, responsabilidade das pessoas públicas (LATTMAN-WELTMAN, 2004) ou daquelas que têm por atribuição prestar contas ao setor externo das organizações sobre as medidas internas das mesmas.

A expressão surgiu na área da chamada governança corporativa e ganhou a mídia com o surgimento da Lei Sarbanes-Oxley (SOX), dos sobrenomes dos autores, senadores norte-americanos, votada pelo congresso dos Estados Unidos em 30 de julho de 2002, com o propósito de proteger acionistas, notadamente os pequenos investidores que aplicam nas empresas de capital aberto que transacionam seus papéis em bolsas de valores. Segundo Fagundes (s.d.) esta lei veio em decorrência dos escândalos financeiros das empresas Enron, Worldcom e outras que pulverizaram as economias pessoais de muitos americanos.

No elenco de vitórias da melhoria da saúde no Brasil, destacam-se: a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6º e 196 a 200; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que constituiu o Sistema Único de Saúde; a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e, mais recentemente, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 333/2003 que delibera sobre a estruturação dos conselhos de saúde (MORAES (b), 2007).

No âmbito dos conselhos de saúde existe o reflexo da desigualdade, fruto das opções políticas feitas pelo governo ao longo da história (MORAES, 2007). Este reflexo implica em maior ou menor participação das forças políticas que defendem a saúde do conjunto da população. Segundo ainda a autora, a tensão constante, existente entre os interesses presentes na sociedade é que ajuda a construir o pacto democrático no Brasil.

Nas disputas de interesses que surgem, “o poder” e “o saber” são faces da mesma moeda. Cada vez mais, o acúmulo de força política fica relacionado com o aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, o que faz ampliar a capacidade de argumentação em espaços conquistados de participação. No entender de Moraes (2007, *op. cit.*), faz-se necessário, mais do que ter acesso a informações, apropriar-se de todo o potencial informativo intrínseco a uma determinada informação, de seu signifi-

cado para a luta específica a ser empreendida, da pertinência e relevância de um determinado argumento (embasado em conhecimento e informação) para o objetivo que se pretende.

É óbvio que é fundamental o acesso às informações em saúde; entretanto, não é suficiente para a luta que se tem pela frente, diante das desigualdades ainda existentes na área. Para tanto, faz-se necessário:

- Manutenção da reivindicação, pelos segmentos populares da sociedade, de um acesso contínuo às informações relacionadas ao processo saúde/doença/cuidado (ALMEIDA FILHO, 2000).
- Inclusão, nessa agenda, do estabelecimento de processos/mecanismos que possam contribuir com (i) a compreensão do significado/sentido das informações disponibilizadas e de suas limitações decorrentes do modo como foram produzidas e disseminadas e, (ii) acima de tudo, a apropriação das informações em linguagem adequada, que desnudem/descortinem os condicionantes e os determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos em seus locais de moradia e de trabalho.
- Participação dos conselheiros de saúde, principalmente daqueles que representam os usuários, nos espaços definidores da Política de Informação e Informática em Saúde, direcionando-a para que seja cada vez mais democrática e voltada para atender os interesses da população e da gestão qualificada do SUS, e não aos interesses privados de empresas de informática diante de um mercado que cresce na medida em que se amplia o SUS.

A desigualdade identificada entre as diversas unidades da federação brasileira, que pode ser constatada num simples caminhar pelas ruas, necessita de informações que permitam mensurá-las. Por isso, a questão da informação em saúde ganhou relevância e tornou-se estratégica ao próprio processo de luta. Percebeu-se, entretanto, e felizmente, que conhecer o número ou a informação qualitativa, em si, isolados de seu contexto de geração/produção, era insuficiente.

Moraes (2007, *op. cit.* p. 20), ressalta, ainda que o cotidiano da luta evidenciou “que o exercício do controle social amplia sua capacidade de intervenção na mesma proporção em que se apropria (que é mais do que ter acesso!) das informações sobre as relações entre as condições de vida e o processo de saúde/doença/ações de saúde implementadas pelos governos. “

Nunca é demais ressaltar a importância, para o exercício do controle social, de se lutar pela apropriação do conhecimento e das informações que evidenciam a relação en-

tre processo de saúde/doença/ações implementadas e as condições mais gerais de vida, uma vez que esse desvendar dos possíveis “nexos causais” contribui para embasar, de forma mais objetiva, a agenda de reivindicações dos movimentos sociais.

O exercício do controle social no SUS confere um maior grau de preocupação para seus atores: denunciar a relação das condições de vida com a situação de saúde, mobilizando os demais movimentos sociais atuantes em outros setores para uma ação solidária em prol da defesa da saúde que só será alcançada de fato com a melhoria das condições de vida em geral da população, uma vez que as informações em saúde evidenciam sobre quem (e com que intensidade) recaem as conseqüências das políticas públicas implementadas: as decisões em torno da política econômica, da política trabalhista, da previdenciária, da ambiental, da educacional, entre outras (MORAES, 2007, p. 25)..

A autora recomenda que deva existir uma solidariedade entre os movimentos sociais, uma ação intersetorial, no enfretamento “das causas”, “dos determinantes”, “dos condicionantes” e “dos fatores de risco” que ensejam o controle social em saúde. Termina indagando “(...) por que os jornais não mantêm uma coluna com indicadores de saúde, como fazem com indicadores econômicos?” (MORAES, 2007, *op. cit.*, p. 25).

Para Oliveira (2007, *op. cit.*, p. 32), controle social é “controle público que, no que diz respeito aos conselhos de saúde, pode ser localizado a partir de um fenômeno político denominado *accountability*”, que pode ser explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais têm a possibilidade de cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam.

Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpe-ladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais. É o chamado *societal accountability*.

No entanto, se o *accountability*, enquanto um princípio político-administrativo integra fortemente a cultura política da democracia de alguns países desenvolvidos, no Brasil ele ainda é uma novidade, na relação entre governo, instituições e sociedade. Sendo o contexto desfavorável, os atos de cobrança sobre a responsabilidade das instituições e autoridades públicas passam a ser dificultados. A mudança desse comportamento depende muito das relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientela. O comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é conseqüência das atitudes e com-

portamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability* (HALLIDAY, 1994).

Mas quem promove o *accountability*? Sendo um processo de controle público (ou social) sobre os governos (em que pese as instituições da sociedade civil serem também cada vez mais instadas a ele se submeterem), quem o promove são diferentes constelações de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, a opinião pública etc.), e algumas instituições voltadas especialmente para este mister, como o Ministério Público, a mídia, as ouvidorias de algumas organizações empresariais e instituições públicas, a figura do ouvidor (*ombudsman*) constituindo o chamado *accountability agencies*, entre outros.

Pode-se entender, assim, a expressão *accountability* como sendo um processo que invoca a responsabilidade (objetiva e subjetiva) das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento por intermédio da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Com isso, torna-se possível que determinados atores ou instituições respondam e dêem transparência a seus atos ou sobre a qualidade de seus produtos e serviços. A interação democrática entre uns e outros é o que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas que tenham relevância pública.

Se os conselhos de saúde devem discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público, eles podem muito bem, como acentua Carvalho (1994), cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental fazendo com que os governos estejam à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos, tendo em vista a agenda setorial que desenvolvem e a partir do choque e convergências dos grupos de interesse, produzindo um campo de definições de interesse público.

Enquanto uma instância de poder, os conselhos se tornam frequentemente, alvos de disputas político-partidárias e, ocupados por militantes partidários, os conselhos se transformam em uma arena de embates entre diferentes forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público da saúde. Ademais, os militantes partidários, por serem melhores preparados, discursivamente, dominam o ambiente e fazem calar vozes dos não militantes ou dos representantes populares não tão bem preparados, principalmente nas cidades do interior onde se situa a maioria dos conselhos. “Viramos o salame do sanduíche”, expressão de um conselheiro-usuário, não mili-

tante partidário, para se referir a feroz disputa dos partidos travada no conselho ao qual pertence (CARVALHO, 1994 b).

De acordo com Carvalho (*op. cit.*, 1994 b) se o partido é de oposição, a guerra contra o gestor se torna insuportável e, se é de situação, nada é criticamente discutido. É uma verdadeira guerra de posições, bem ao estilo gramsciano com graves consequências para a idéia de controle social. A experiência tem demonstrado que, quanto mais um conselho é partidário, menos ele atua na dimensão do controle social. Outro problema surge quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários, é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar suas votações e posições dentro do conselho, quando não empregos na administração pública.

Já os trabalhadores que se insurgem contra o gestor sentem o peso do poder por meio de retaliações diretas ou indiretas (não promoção, suspensão, transferência de setor) ou, ao contrário, quando se alinham ao gestor, são recompensados. Em um caso ou outro fica evidente a atrofia comunicacional provocada no conselho. Também não é raro cidadãos buscarem ser eleitos conselheiros com o claro fito de usar o conselho como trampolim para suas aspirações a cargos eletivos, relegando os interesses da saúde ao segundo plano.

A própria ideia de controle social faz parte de uma lógica conceitual abstrata que é interpretada diferentemente por cada segmento ou indivíduo dentro dos conselhos, demandando deles uma familiaridade com a idéia de ética e de política pública. Aqueles que detêm maior competência cognitiva e simbólica entendem com mais clareza este conceito, mas outros nem sempre, pelo fato de que é um conceito ainda não perfeitamente integrado ao escopo das ações sociais da sociedade brasileira. Da mesma forma que o *accountability*, não pela palavra, mas pelo tipo de ação política que representa e com pouca tradição em nossa experiência coletiva.

A ideia de controle público é mais inteligível para a maioria dos conselheiros quando se trata da perspectiva da vigilância concreta de casos, como do médico que chegou atrasado, do funcionário que maltratou o paciente, da obra paralisada no posto de saúde do bairro, da falta ou precariedade dos transportes, da ambulância que não pegou o paciente e assim sucessivamente. Mas, quando se trata, por exemplo, de discutir e definir, debater e aprovar o Plano Municipal de Saúde, de definir prioridades na saúde pública e na aplicação dos recursos financeiros ou apreciar balanços financeiros, a palavra é a do gestor e a maioria do conselho, em geral, permanece muda. E aqui se eviden-

cia a assimetria simbólica que permeia os segmentos e os membros dos conselhos, pois a lógica abstrata e conceitual presente em documentos ou em atos discursivos sobre aspectos macros ou essenciais da saúde fogem da lógica simbólica dos conselheiros, principalmente dos representantes populares. O autor afirma que para evitar este tipo de constrangimento, alguns conselheiros buscam assessoria de outros conselheiros ou especialistas que podem ajudar a decodificar os documentos originários do gestor (OLIVEIRA, 2007, *op. cit.*).

Mas as assimetrias cognitivas e simbólicas podem ser provocadas pela difusão equivocada de conceito de controle social. Por exemplo, muitos cursos de capacitação ou formação de conselheiros são criticados por enfatizar a função fiscalizatória em detrimento da formação cidadã mais voltada para a ética pública e as contrapartidas para o seu exercício, requisito fundamental para a atuação do conselheiro de qualquer segmento (OLIVEIRA, 2007, *op. cit.*). Sem isso, exacerbava-se o papel de “cão de guarda” do conselheiro em relação ao sistema de saúde, em detrimento de uma formação que o permitisse intervir de forma eficaz e cidadã nos debates, na construção de consensos democráticos e servir de caixa de ressonância dos interesses comunitários e públicos, além do trabalho de fiscalizar.

As dimensões fiscalizatórias se transformam em obsessão com o controle burocrático e administrativo das secretarias de saúde envolvendo, principalmente, o atendimento à saúde (o médico que atrasou, a falta de medicamentos, a carência nos transportes etc.) e negligenciando as questões macros ou essenciais das políticas públicas, como os diagnósticos e as carências de saúde, assim como os debates sobre os planos, programas e prioridades da área e os resultados obtidos. Igualmente, os ricos relatórios gerados nas conferências de saúde são negligenciados e nem sempre adequadamente analisados como uma das fontes para o estabelecimento de prioridades no planejamento da saúde e para a própria pauta do Conselho (OLIVEIRA, 2007, *op. cit.*).

Ainda Oliveira (2007) analisando, do ponto de vista da comunicação, as relações de poder nos conselhos de saúde, constata que, não obstante terem sido criados em um contexto em que todo avanço da participação popular seria um ganho para a sociedade civil, a prática de tais entidades, em muitos casos, transformou-os em “meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores” do sistema.”

Carvalho (1997, p. 94) afirma que “os conselhos hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambiguidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram”. Pertencem ao governo ou à sociedade?

Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento?

Ainda segundo Oliveira (1997, p. 37), o controle público pressupõe uma sociedade democrática e uma igualdade mínima em termos cognitivos e simbólicos entre os atores sociais. No “caso do Brasil, tais condições ainda não estão dadas.”

A este respeito, Arendt (1993) comenta que as assimetrias cognitivas e simbólicas impedem que a convergência da comunicação e informação seja adequadamente direcionada para os princípios éticos e democráticos do controle público. A comunicação e a informação são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente, produzir o compartilhamento dos sentidos fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido e comentado por todos.

Por sua vez, Freire (1971, p.68), argumenta que o ato comunicativo, eficiente, se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito: “Se não há este acordo em torno dos signos como expressões do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação.”

Outro agravante no desempenho dos conselhos é a questão da disparidade na posse do manejo de diferentes recursos materiais, simbólicos e discursivos que direcionam determinadas situações. Isto pode ser claramente observado, por exemplo, por intermédio da dinâmica dos conselhos de saúde com o conselheiro representante dos usuários. Este é, muitas vezes, originário de uma camada popular ou de uma comunidade rural e, ao chegar ao conselho, traz consigo tanto os traços culturais dessa origem quanto as marcas e os distintivos ideológicos presentes em seu horizonte histórico e perceptivo, como o capital e a competência cultural que possui (educação, embaraço/desembaraço com as regras da linguagem) que tanto podem aproximá-lo quanto distanciá-lo das questões colocadas nas pautas dos conselhos de saúde (OLIVEIRA, 1997, *op. cit.*).

Com relação aos conselheiros de outros segmentos, Oliveira (1997, *op. cit.*) assegura que a representação ocorre de maneira diversa. Por exemplo, o representante do corpo médico fala por uma categoria específica cujos contornos simbólicos e técnicos são perfeitamente visíveis e legitimados no plano social, isto é, suas expectativas e formas de atuação são delimitadas por uma atividade clara e hierárquica de poder a respeito das questões da saúde, e que são corporativamente compartilhadas por seus pares e pela sociedade. No caso dos prestadores de serviços, a representação é ainda mais simples e



clara, pois está diretamente relacionada com seus interesses particulares, em que pese a possibilidade de emitirem pareceres políticos sobre outras questões do sistema de saúde.

O espaço dos conselhos é um espaço de aprendizagem cidadã e que a formação ou capacitação dos conselheiros (gestor, trabalhador e usuários) não pode ser reduzida apenas ao papel instrumental de “cão de guarda” ou de domesticá-lo frente à verticalidade do poder, mas sim para que todos possam, reciprocamente, se transformar dialogicamente com o objetivo de melhorar e democratizar a saúde pública.

A este respeito, Cardoso (1997) atesta que o mesmo movimento que deu origem ao SUS vem demonstrando, desde a década de 80, o quanto as tradicionais práticas de educação e de comunicação sanitárias eram insuficientes e mesmo contraditórias com o projeto que concebe a saúde como resultado tanto das condições de vida, quanto das possibilidades de participação democrática da população nas políticas públicas.

Dentre as principais propostas relacionadas pelo autor para o fortalecimento do SUS e da participação social, estão em destaque:

- divulgação permanente de informações sobre as ações de promoção, sobre os serviços de prevenção e assistência do SUS, assim como das informações epidemiológicas de interesse para a população;
- democratizar as informações científicas e epidemiológicas, garantindo ampla divulgação dos conhecimentos, programas e projetos da comunidade científica para a saúde individual e coletiva, estimulando a discussão crítica e pública da ciência, tecnologia e saúde;
- garantia de acesso às informações e espaços de discussão nos serviços e ações de saúde;
- utilização de todos os meios de comunicação: a grande imprensa, Internet, as rádios AM e FM, rádios comunitárias, televisão aberta, TVs comunitárias, boletins, jornais de bairro, veículos próprios dos governos, das entidades, movimentos sociais e de todos os segmentos envolvidos com o controle social;

Continua a merecer destaque, na opinião do autor (CARDOSO, 2007, *op. cit.*, p. 49), uma importante deliberação da 11ª e da 12ª Conferências Nacionais de Saúde, a constituição de uma Rede Nacional e Pública de Comunicação e Saúde. Os objetivos desta rede incluem “aprofundar a cidadania, o controle social e a mobilização popular em defesa do SUS; fortalecer os movimentos e redes sociais; democratizar as informações, favorecer a transparência da gestão e a capacitação de conselheiros.” Entretanto, para que isto seja conseguindo, sublinha o autor, ainda se enfrenta inúmeros obstáculos, em

parte pelas mesmas razões que dificultam o avanço do SUS, que se afirma contrariando poderosos interesses políticos e econômicos.

Um dos fatores limitadores, na percepção de Cardoso (2007, *op. cit.*, p. 52-53) é “a questão da democratização do acesso às tecnologias de comunicação”. No seu entendimento a relação dos conselheiros de saúde com seus grupos de origem – principalmente aqueles representantes de usuários -, com outras instituições e entidades era e continua sendo dificultada por problemas que vão da falta de dinheiro para locomoção e equipamentos básicos, como telefone, televisão e vídeo, até a aquisição dos mais sofisticados recursos da informática e acesso à Internet. Fica claro que a comunicação não é só tecnológica, mas não há dúvidas de que a democratização do acesso aos meios de comunicação é fundamental, aí incluída a luta pela inclusão digital. Sem este componente as desigualdades sociais e da luta política só aumentam.

A proposta da Rede implica na abertura de salas, quiosques, centros de documentação, enfim, espaços que facilitam a circulação de informações e propiciem o debate de idéias e projetos. Democratizar as telecomunicações, para o autor, também faz bem à saúde e essa deve ser mais uma área de exercício da intersetorialidade, aproximando a saúde daqueles que fazem cultura, arte e pensam suas políticas, inclusive as de (tele)comunicação.

Comunga desta mesma idéia, a da importância da comunicação e da informação para o bom desempenho do controle social no âmbito do SUS, Tovar (2007, p. 56), para quem o controle social “deve ser entendido como uma parte da participação cidadã que está articulada integralmente à atuação da política pública, enquanto se controla o desenvolvimento das políticas que têm sido definidas para atender às necessidades reais da comunidade”. Do contrário, na percepção deste autor, médico colombiano, a participação e o controle ficariam relegados e confinados a microespaços, como o hospital, por exemplo, o que, no seu entender, provoca uma despolitização da ação cidadã e não gera recursos de poder para as comunidades na sua relação com a administração pública.

O autor lembra que a participação e o controle cidadão – entendidos como direitos políticos – demandam um novo tipo de relação entre a sociedade e o Estado, que conduza à uma ampliação da esfera pública, possibilitando, sem empecilhos: a informação sobre a atuação dos servidores públicos, o conhecimento dos atos do governo, a exigência de resultados, o controle de quem exerce o poder e o acompanhamento da gestão pública em seus diferentes níveis – assuntos que devem ser garantidos de forma institucional e com recursos. O autor lembra que a prática histórica da participação social, na maior par-

te dos países da América Latina, faz os setores dominantes, tanto políticos como técnicos, desenharem o conjunto de políticas e ações e chamarem as comunidades para que aprovelem o que foi previamente elaborado. Nas suas próprias palavras, "... o controle social tem sido reduzido ao simples acompanhamento da execução de planos e ações de pouca envergadura." (TOVAR, 2007, p. 58).

Mas é o próprio autor quem ressalva que, na experiência latino-americana, existem casos como os de Cuba, Brasil e, mais recentemente, Venezuela que têm possibilitado e desenvolvimento de uma prática de participação cidadã em saúde em um nível político importante, com recursos de poder e mecanismos institucionais que permitem às comunidades e organizações sociais atuar efetivamente no ciclo da política pública. O autor sintetiza a situação latino-americana na tabela 2.

Tabela 2: Tipologia da Participação Social em Saúde na América Latina

| Países   | Tipo de democracia   | Tipo de Sistema de saúde  | Possibilidade de atuação dos setores populares   |
|--|--|---|--|
| Cuba<br>Venezuela<br>Brasil                            | Direta e/ou processos populares muito ativos   | Serviço Nacional de Saúde – Assistência Particular a Saúde  | <b>Alta</b><br><br>Alto exercício de participação (cidadania ativa)<br><br>Controle social alto<br><br>Planejamento participativo<br><br>(distribuição da renda) |
| Bolívia<br>Uruguai                                     | Encaminha-se a Diretas – processos populares muito ativos  | Serviço Nacional de Saúde – Assistência Particular a Saúde  | Espera-se alto exercício de participação<br><br>(cidadania ativa)  |
| Costa Rica   | Representativa   | Serviço Nacional de Saúde – Assistência Particular a Saúde  | <b>Média</b>   |
| Os outros países do continente                         | Representativa   | Sistema de Seguro Misto com maior peso do setor privado. Processos de reformas dos sistemas de saúde e sistemas sociais sem real participação cidadã. | <b>Baixa</b> – pobre exercício de participação<br><br>(usuários-consumidores)<br><br>Controle social baixo   |
| Experiências autônomas (fora da intervenção do Estado) |  |   |  |
| Colômbia<br>Paraguai<br>Peru                           | Constituição de movimentos sociais pela saúde que têm como linha central de ação política a exigência do direito à saúde.                |   |  |
| México   | Experiência de autonomia impulsionada pelas comunidades indígenas do sul do México e Norte da Guatemala – Assistência Particular à Saúde |   |  |
| Guatemala  | Expressões de desobediência civil.   |   |  |
| Múltiplos Municípios/localidades                       | Muitas outras experiências que estão constantemente vivas no continente.   |   |  |

Fonte: Tovar, 2007, p. 60.

Diante do desconhecimento sobre o SUS, das incertas fronteiras entre saúde e medicina, constata-se que em algum ponto a comunicação, as instituições e os agentes envolvidos estão falhando na identificação da origem desse desconhecimento. Uma outra análise possível é que estamos diante de um cenário de luta, em que o silêncio é fundamental para a estratégia de interesses contrariados. Portanto, na percepção do autor, este desconhecimento seria uma estratégia política, social ou gerencial daqueles segmentos sociais interessados na inexistência, na incompetência ou ainda na ineficácia do SUS.

Moraes (b) (2007, *op. cit.*) lembra que a comunicação, as novas tecnologias, as redes e os processos informacionais são algumas das condições verificadas no cotidiano que provocam encantamento, articulações, mudanças sociais, relacionais e produtivas de diferentes naturezas e também preocupações pelas suas possibilidades e efeitos. Nas últimas décadas, as instituições, a sociedade e as políticas de saúde têm dependido cada vez mais de um uso racional e generalizado da comunicação e dos processos informacionais, do poder que estes têm de formular ações e influenciar no cotidiano.

A partir da segunda metade do século XIX, na história dos cuidados e das práticas médicas no Brasil, existem esforços em utilizar diferentes recursos com o objetivo de informar a população sobre doenças, modos de cuidar, produtos com fins terapêuticos, profissionais que oferecem serviços e artigos publicados em folhetos, jornais e revistas. Isto é, “a propaganda foi a primeira forma de divulgação das informações sobre saúde produzidas no Brasil do século XIX” (MORAES (b), 2007, p.63). Segundo ainda este autor, sabe-se que o controle social é característica de uma sociedade marcada pela participação social. No entanto, convivemos com a crescente ameaça do uso da comunicação como estratégia de controle, afirmação de interesses particulares e de desmobilização social.

Megajewski e Pitta (2000 *apud* Moraes (b), 2007) demonstram que existe uma história de contribuições dos representantes da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Saúde e nos encontros dos conselheiros de saúde em torno dos aperfeiçoamentos das políticas no campo da comunicação. Os autores indicam que as perspectivas e limites da construção de relações democráticas do setor no contexto brasileiro estão marcados pelas relações estabelecidas entre o Estado, a sociedade civil e a comunicação.

O autor (MORAES (b), 2007) indaga “que comunicação queremos para a saúde?” e “que comunicação seremos capazes de produzir para viabilizar o controle social da saúde?” Não são poucos os desafios que devem ser enfrentados diante da necessidade em garantir uma reversão do quadro sanitário, institucional e das políticas sociais no Brasil. Num mundo de tecnologias e saberes que se apresentam e buscam afirmar sua impor-

tância e capacidade de organização e racionalidade, o Brasil ainda luta pela afirmação de um projeto social comprometido com os mínimos direitos de cidadania e existência humana. Neste processo, os conselhos de saúde precisam se apoderar dos debates sobre a democratização da comunicação e da informação em saúde para que sejam vozes capazes de aprimorá-los e, assim, liderar os processos político-institucionais.

Barbosa (2007, p. 67) chama a atenção para a comunicação como um direito humano quando afirma que esta “passou a ser referência dos movimentos que atuam no campo da comunicação, configurando-se objetivamente no direito individual e coletivo que todo ser humano seja produtor de informação, para além de espectador e leitor, e tenha condições de fazer circular estas manifestações”. Neste sentido, não basta ter liberdade de expressão, nem acesso a uma vasta gama de fontes de informações. Num contexto de comunicações mediadas, defender o ato de falar e ser ouvido – assim como de escrever e “ser lido”, entre outros – significa olhar este complexo sistema de transmissão e circulação de informações das sociedades contemporâneas de forma a não discriminar e não excluir grupo algum.

Para a autora, o direito humano à comunicação compreende, ainda, garantias como: instrumentos de controle público dos veículos de comunicação: a participação popular na formulação, definição e acompanhamento de políticas públicas e o equitativo acesso a tecnologias de informação e comunicação (BARBOSA, 2007).

#### **4.4 Informação em saúde**

A área da saúde, em particular, se comparada com outros ramos do conhecimento, coloca em cena dois atores específicos: o paciente e o profissional prestador do serviço (FREIRE, 1998). Ambos são produtores e consumidores de informação. Apesar deste importante papel, eles muitas vezes são negligenciados quando do desenvolvimento e implementação de sistemas de informação em saúde. No entanto, Davenport (1998, p. 69) chama a atenção para o fato de que, no setor da saúde, por exemplo, “o cliente pode ser um paciente, um hospital, uma companhia de seguros ou um empregador.”

A preocupação com a informação para o usuário ou consumidor de serviços na área de saúde, foi objeto do estudo de Ryan (2007) que propôs um modelo de informação para pacientes do estado norte-americano do Arizona; assim como o levantamento da satisfação dos pacientes, feito por telefone na Nova Zelândia em 1994 (SOLOMON, 1996). Com viés etnográfico, o trabalho de Charbonneau *et al.* (2007) faz recomendações

sobre o atendimento das necessidades de informação de saúde para os americanos de origem árabe e muçulmanos do estado de Michigan.

O acervo de aplicações para a área da saúde é vasto, destacando-se, dentre as principais, os gerenciadores das bases de dados e de conhecimentos, os sistemas de informação hospitalar, o prontuário eletrônico do paciente, processamento de sinais e imagens, sistemas especialistas e ferramentas para tomada de decisão, além do treinamento baseado em computador, entre outros (DEGOULET, 1996). No tocante à transferência da informação e do conhecimento, particularmente, o computador está permitindo ao profissional de saúde acessar de forma rápida e segura o enorme acervo de informações técnicas atualizadas e ao paciente eleger a atenção em saúde que desejar (SLACK, 1997).

#### **4.4.1 Registro eletrônico do paciente**

No que diz respeito ao prontuário, um repositório de informações sobre um paciente, o tratamento eletrônico do registro vem sendo considerado o desenvolvimento mais palpável nos últimos anos (MORRIS *et al.*, 2002; KAPLAN, 2001; BRENDER *et al.*, 2000; GOST GARDE, 2000; RIGBY, 1999 e SÁNCHEZ MANSOLO *et al.*, 1999 e VAN BEMMEL, 1997)

Shortliffe (2000) neste aspecto, em particular, lista as muitas modificações pelas quais passou o registro médico, ao longo do tempo (por décadas):

- 1800s: registro médico mantido individualmente pelo profissional, de forma descentralizada, sem separação por paciente;
- 1900s: A Clínica Mayo (EUA) inicia registros separados por paciente;
- 1910s: Flexner advoga manter registros centralizados (EUA);
- 1940s: Obrigatoriedade do registro médico em hospitais;
- 1960s: Sistemas de Informações Hospitalares (SIHs) implementam registros de prescrições/exames;
- 1969: Weed propõe o registro orientado ao problema;
- 1970s: Primeiras implementações de sistemas de informação (COSTAR, entre outros);
- 1980s: Estudo do Institute of Medicine - Nacional Academy of Sciences (IOM, EUA) sobre registro médico computadorizado;

- 1990s: Obrigatoriedade do registro médico computadorizado nos EUA. Muitos hospitais começam a converter os prontuários de seus pacientes para o formato eletrônico.

A criação de conhecimento, a partir da informação de saúde, colocada dentro de um determinado contexto, é prescrita pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que considera que “os objetivos de um sistema eletrônico de informação do paciente são a aquisição, o processamento, o armazenamento a recuperação e a disseminação da informação médica referente aos cuidados prestados ao paciente” Berçott (2000, p.10)

Nos Estados Unidos, especificamente no que diz respeito ao registro eletrônico, a principal motivação tem sido as exigências legais (certificação de hospitais pelo governo e os problemas com ações movidas por má prática médica) e exigências econômicas (HOGARTH e SABBATINI, 1998) No entanto, os autores afirmam também que existe uma preocupação crescente com a qualidade da informação disponível sobre os pacientes, a qual tem conseqüências imediatas sobre a qualidade da assistência médica prestada.

O contexto internacional vem destacando a relevância das políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação em saúde, diante de suas inúmeras possibilidades de geração de novos processos e produtos, além das mudanças nos modelos institucionais de gestão (MORRIS *et al*, 2002; BRENDER *et al*, 2000 e RIGBY, 1999).

Dado o caráter irreversível do engajamento das tecnologias no processo, todos os atores do cenário da saúde, mais cedo ou mais tarde, estarão envolvidos, seja no tocante aos aspectos administrativos da informação, nos sistemas clínicos, seja operando *softwares* de simulação para educação e capacitação de profissionais da atenção à saúde (BURKE e WEILL, 1999).

#### **4.4.2 Padrões para representação da informação em saúde**

Somente a busca de uma possível convergência tecnológica permitirá ao profissional da informação em saúde vislumbrar caminhos que conduzam à uma padronização de modelos, procedimentos, ferramentas e componentes, enfim, no que diz respeito ao futuro. Leão (2001) preocupa-se com o estabelecimento de padrões para representar a informação em saúde num contexto de tratamento eletrônico da mesma.

A autora descreve um cenário onde existe complexa diversidade de *hardware*, uma diversidade de sistemas operacionais, e inúmeros protocolos de rede e variedade no formato das aplicações. Ainda Leão (*op. cit.*, 2001) busca na *International Standards Organization* (ISO) a definição de padrão como sendo um documento estabelecido por con-



senso e aprovado por um grupo reconhecido, que estabelece para uso geral e repetido um conjunto de regras, protocolos ou características de processos com o objetivo de ordenar e organizar atividades em contextos específicos para o benefício de todos.

Como benefícios que daí possam advir, a autora enumera: a troca de informação; informação de melhor qualidade; apoio ao processo de tomada de decisão em todos os níveis; avaliação e controle social; democratização da informação, com foco no cidadão; retorno do investimento e menor custo e maior qualidade. No que diz respeito aos padrões tecnológicos necessários, a autora sugere: padrões de conectividade; qualidade em *software*; metodologias de desenvolvimento de *software* e seu gerenciamento.

A autora sugere ainda, especificamente para a área da saúde, a padronização de vocabulários, conteúdo e transmissão de informação. No primeiro grupo, engloba termos, relacionamentos e codificação. No segundo grupo ela sugere a padronização de funções específicas e de repositórios de informação. Preocupa-se ainda com a questão da segurança da informação, ao sugerir padrões para autenticação, integridade, privacidade e confidencialidade, assinatura eletrônica e auditoria.

Leão (*op. cit.*, 2001) ainda defende a necessidade de se padronizar vocabulários próprios para a saúde, que permitam representar, de forma padronizada: os diagnósticos, os procedimentos, os medicamentos/prescrições, sinais e sintomas, exames, laudos além dos sumários e histórias clínicas. A mesma autora chama a atenção ainda para os poucos vocabulários disponíveis no Brasil para representação da informação em saúde, listando entre os mais importantes: Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID 10) que trata de diagnósticos, SIASUS e SIHSUS (procedimentos ambulatoriais e hospitalares), entre outros.

#### **4.4.3 Acervo de sistemas de informação em saúde**

No que toca de perto ao Sistema Único de Saúde, o conselheiro pode contar com um acervo de sistemas de informação em linha, disponíveis durante as 24 horas do dia pelos sete dias da semana. Os mais relevantes são, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, *op. cit.*, p. 311-318):

**Cadastro de beneficiários de saúde suplementar** – instituído em 1999, obtém relação nominal de titulares e dependentes de planos de Saúde, individuais e coletivos. O acesso aos seus dados é muito restrito em respeito à privacidade do paciente e ao valor mercadológico. Sua tela de acesso é mostrada na figura 1.<sup>3</sup>



Figura 1: Tela de acesso ao Cadastro de Beneficiários de Saúde Suplementar

<sup>3</sup><http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/f15htm> e  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2003/f16.def>

**Cadernos de informações de saúde** – disponibilizam indicadores pré-definidos por especialistas e apresentam gráficos para auxiliar a análise. Os indicadores estão agrupados em 14 categorias: identificação, demografia, saneamento, rede ambulatorial, rede hospitalar, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações, atenção básica, pagamentos e transferências, orçamentos públicos. A figura 2 mostra a tela de acesso.<sup>4</sup>

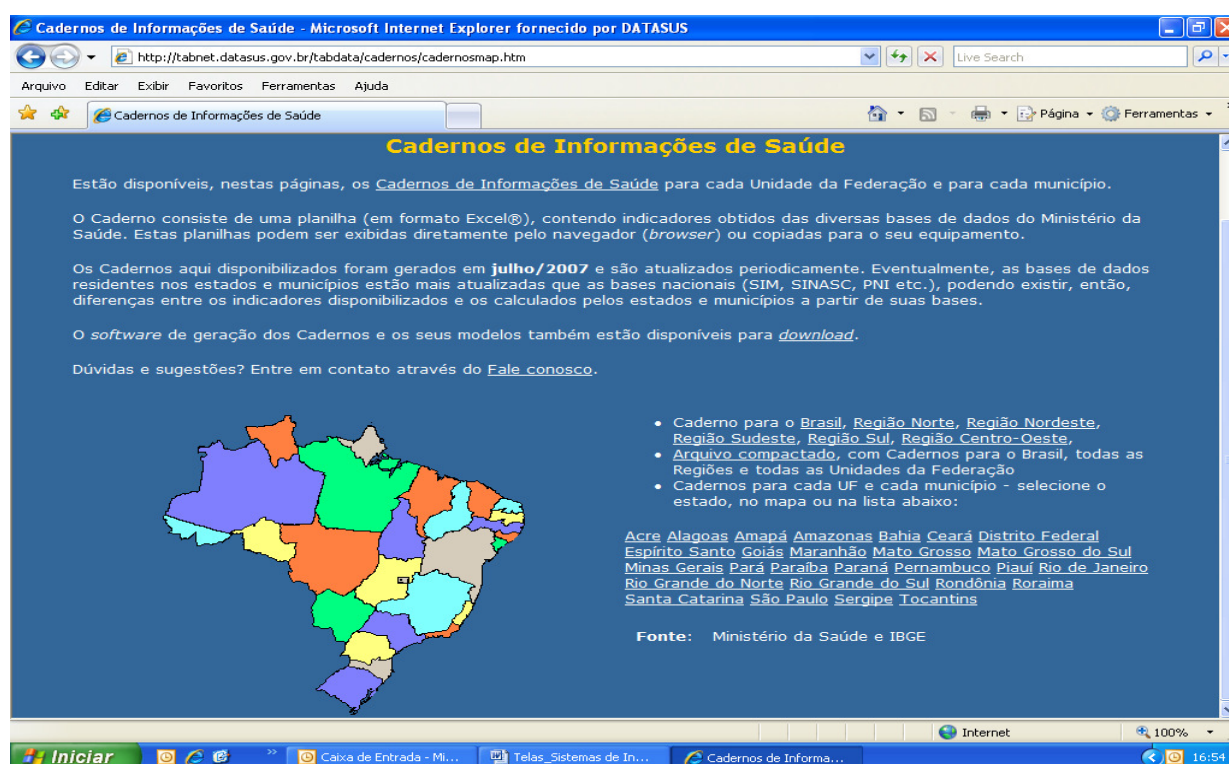


Figura 2: Tela de acesso aos Cadernos de informações de saúde

<sup>4</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/cadernosmap.htm>.

**Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)** – a figura 3 mostra a tela do sistema que cadastra e mantém atualizados os dados dos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, das redes pública e privada, nas três esferas de governo, possibilitando a avaliação e acompanhamento do perfil da capacidade instalada e o potencial do atendimento à população. Podem ser obtidos indicadores por município.<sup>5</sup>

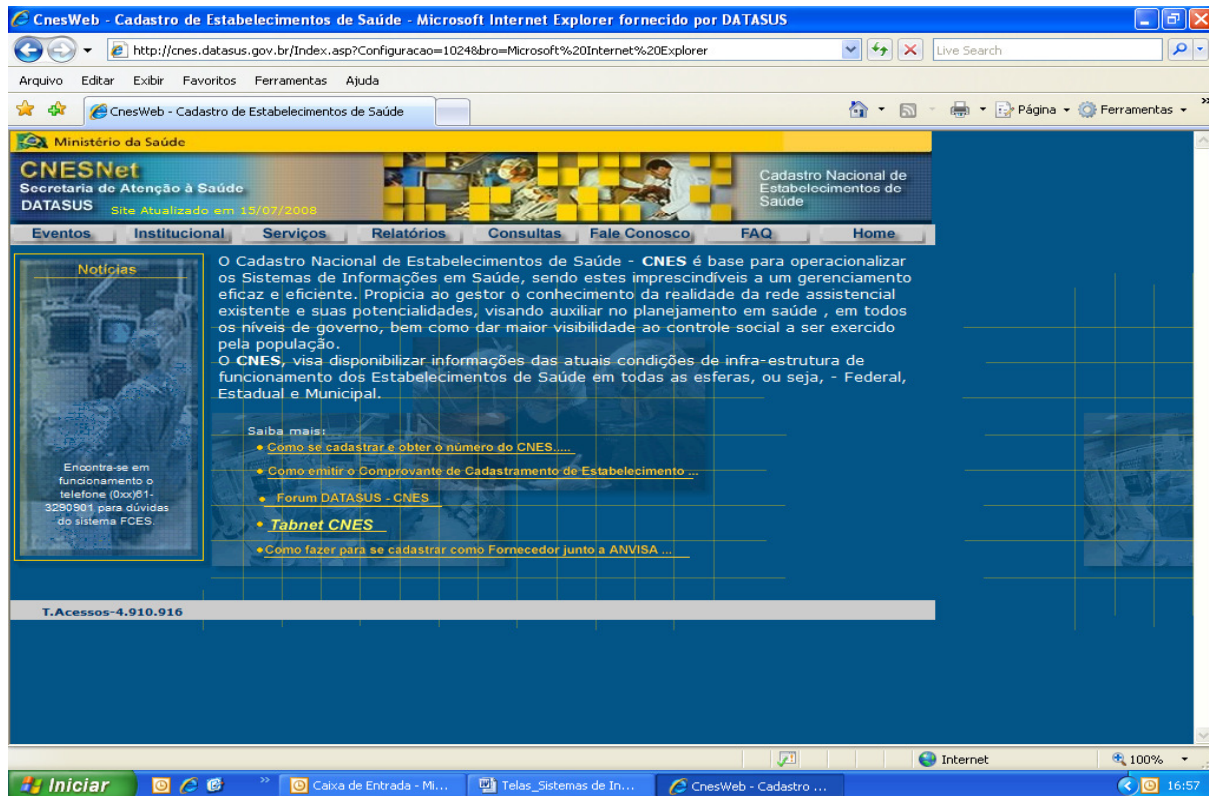


Figura 3: Tela do Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)

**Cartão Nacional de Saúde** - implantado em 2000, o sistema, cuja tela está mostrada na figura 4, é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde ocorreram. Para tanto, foram construídos cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir destes cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. Permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização dos serviços de saúde e para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos mesmos

---

<sup>5</sup><http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=800&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>

(BIASOTO JUNIOR, 2004). Os objetivos do projeto são: i) construção de uma base de dados de histórico clínico; ii) imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento; iii) ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos; iv) possibilidade de revisão do processo de compra de medicamentos; v) integração de sistemas de informação; vi) acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, dos processos de referência e contra-referência dos pacientes; vii) revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos; viii) acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde e ix) gestão e avaliação de recursos humanos.<sup>6</sup> Rodrigues (2003) pesquisou este produto e concluiu que as mudanças organizacionais necessárias para sua implantação nas unidades de saúde não foram feitas, ocasionando frustrações nos usuários.



Figura 4: Tela de acesso ao Cartão Nacional de Saúde

<sup>6</sup> [http://aguia.datasus.gov.br/cartaonetasp/portalCNS/B\\_Dir.asp](http://aguia.datasus.gov.br/cartaonetasp/portalCNS/B_Dir.asp)

**Conselhos federais da área de saúde (CONPROF)** – é um banco de dados que tem por objetivo disponibilizar, em um único instrumento de consulta, as informações dos conselhos federais e regionais de Saúde sobre as profissões que compõem a equipe de saúde. Inclui: identificação do conselho; dados institucionais; legislação; código de ética e estatuto; resoluções e normas; conselhos regionais. A figura 5 mostra a tela para acessar o Conprof.<sup>7</sup>

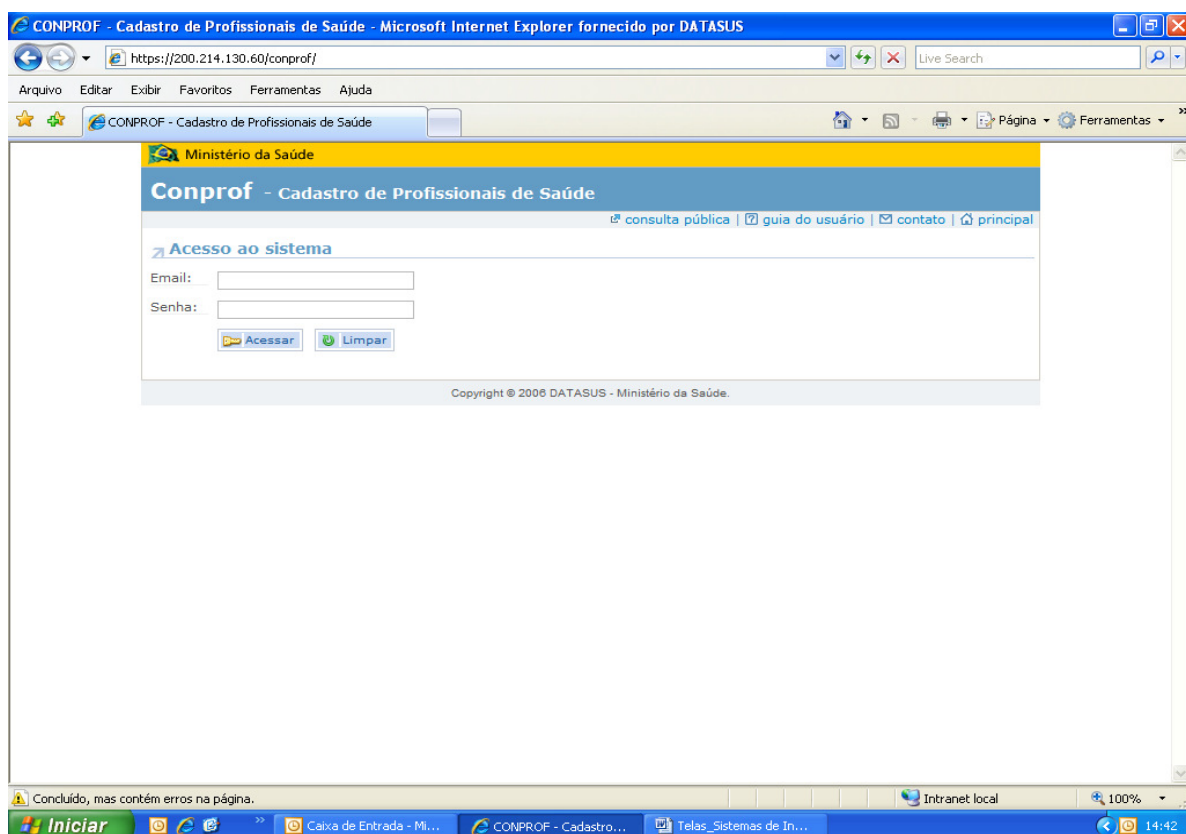


Figura 5: Tela de acesso ao Cadastro de profissionais de saúde

<sup>7</sup> <http://www.datasus.gov.br/siab/siab>; [http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_área=149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_área=149)



**Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB)** – é um produto final do trabalho de diversos órgãos especializados do Ministério da Saúde, em conjunto com a Fundação IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Coordenação Geral de Estatística e Atuária do Ministério da Previdência e Assistência Social e a Fundação Sistemas de Análise de Dados do Estado de São Paulo (Seade), que integram a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (OPAS, 2002). Os indicadores estão agrupados em seis categorias (figura 6): demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura e são apresentados por estado, capital e região metropolitana.<sup>8</sup>



Figura 6: Tela para acesso aos Indicadores e dados básicos para a Saúde (IDB)

<sup>8</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>.

**Indicadores do pacto de atenção básica** – instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse tipo de atenção. Os indicadores são apresentados no âmbito municipal, e para seu cálculo alguns itens não são considerados. A figura 7 mostra a tela para acessar as informações.<sup>9</sup>



Figura 7: Tela para acesso aos Indicadores do pacto de atenção básica

<sup>9</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2004/pacmap.htm/>



**Pagamentos efetuados a unidades hospitalares e a terceiros** - informações mais detalhadas sobre os pagamentos aos hospitais e aos prestadores de serviço, por Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). A consulta é feita no banco de dados de autorizações de internação hospitalar (BDAIH), com entrada pela tela ilustrada na figura 8.<sup>10</sup>

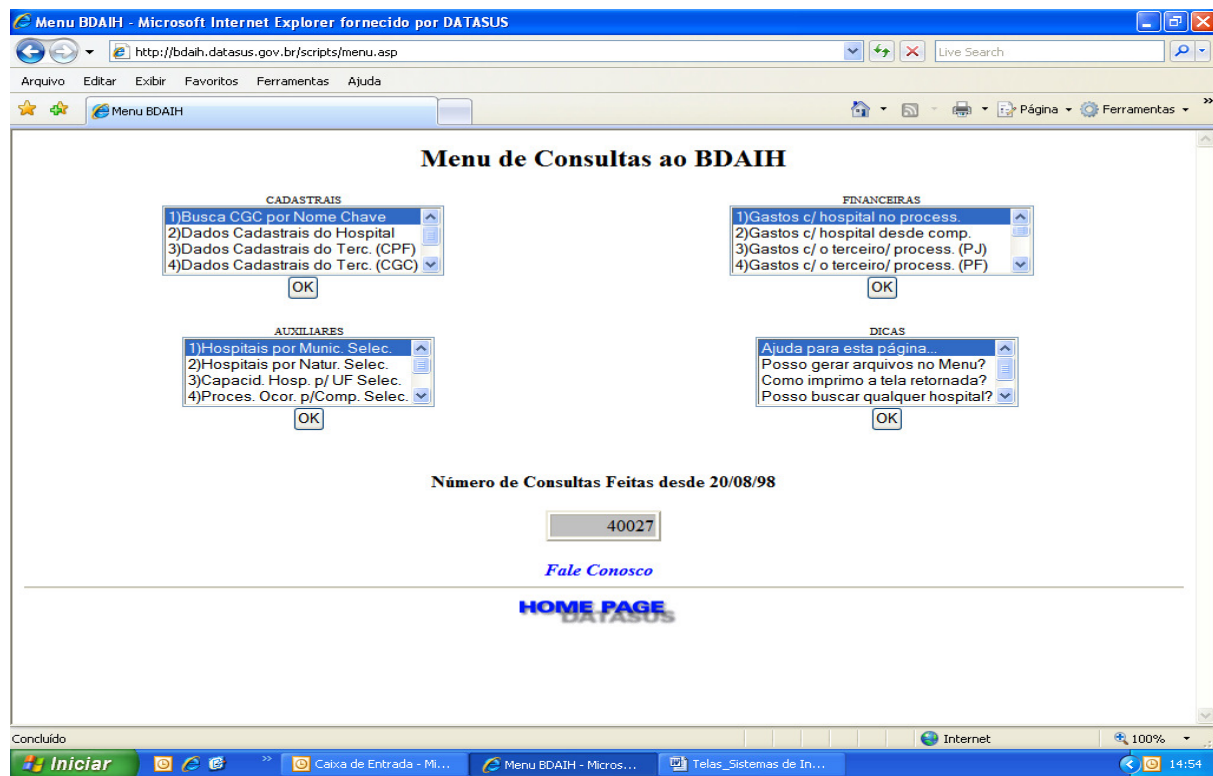


Figura 8: Tela para consulta aos pagamentos efetuados a unidades hospitalares e a terceiros

<sup>10</sup> <http://bdaih.datasus.gov.br/scripts/menu.asp>

**Pagamentos efetuados diretamente a prestadores** – valores resultantes do faturamento das contas hospitalares e ambulatoriais apresentados pelos hospitais públicos, privados, filantrópicos e universitários credenciados pelo SUS. Detalhado por CNPJ. A figura 9 mostra a tela para a consulta.<sup>11</sup>

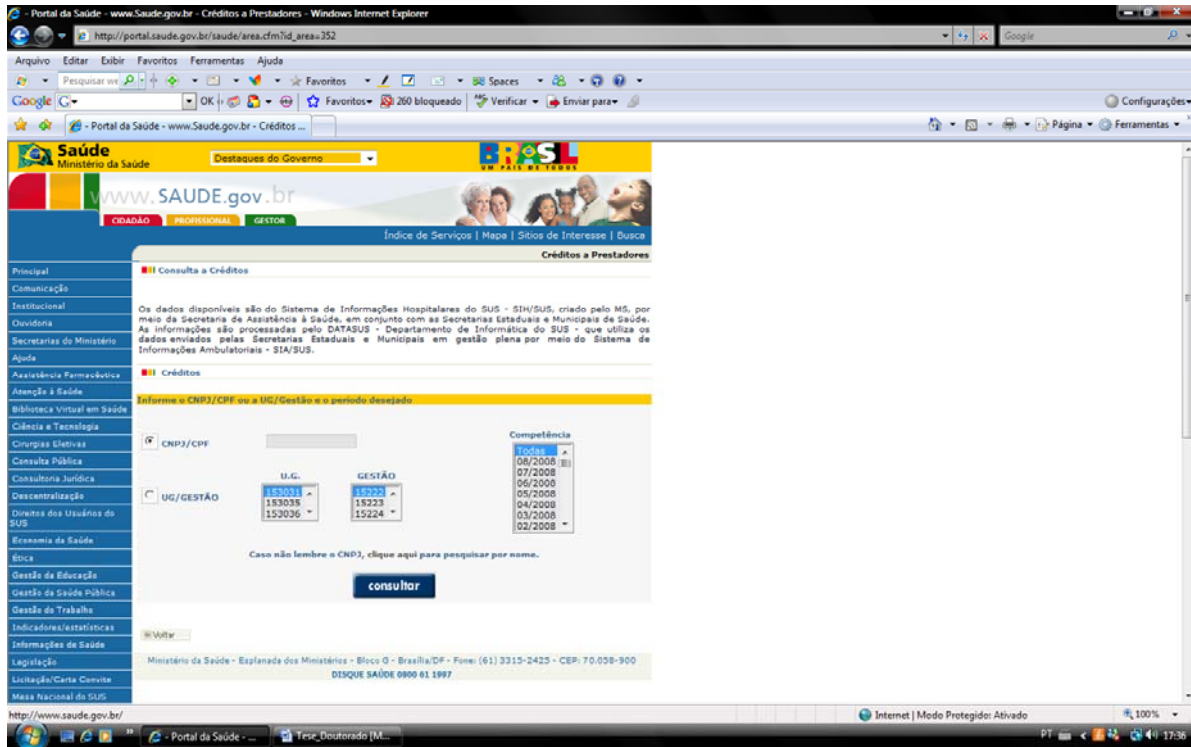


Figura 9: Tela para consulta aos pagamentos efetuados diretamente a prestadores

<sup>11</sup> [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=352](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=352)

**Recursos federais do SUS** – mostra os valores brutos devidos ou repassados pelo Ministério da Saúde aos prestadores e aos gestores, por município, com acesso pela tela mostrada na figura 10. Os dados são oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para as transferências a municípios, e dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) do SUS. Os valores apresentados são brutos, ou seja, além do que será efetivamente pago ao hospital incluem também, a remuneração de médicos e laboratórios, impostos e descontos.<sup>12</sup>

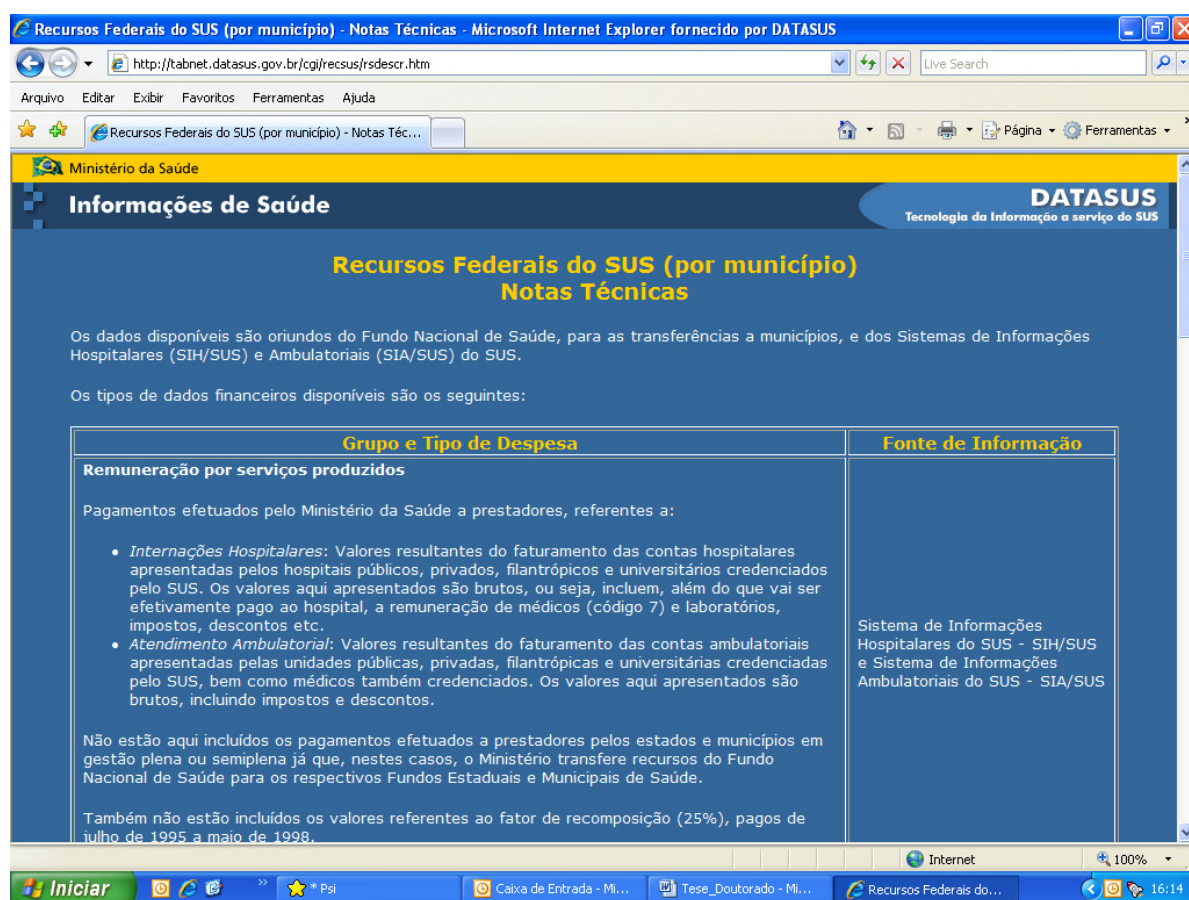


Figura 10: Tela para consulta aos Recursos federais do SUS

<sup>12</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/recsus/rsmmap.htm>

**Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA)** – sistema informatizado, com acesso pela tela mostrada na figura 11, que cadastra e acompanha os portadores de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS.<sup>13</sup>

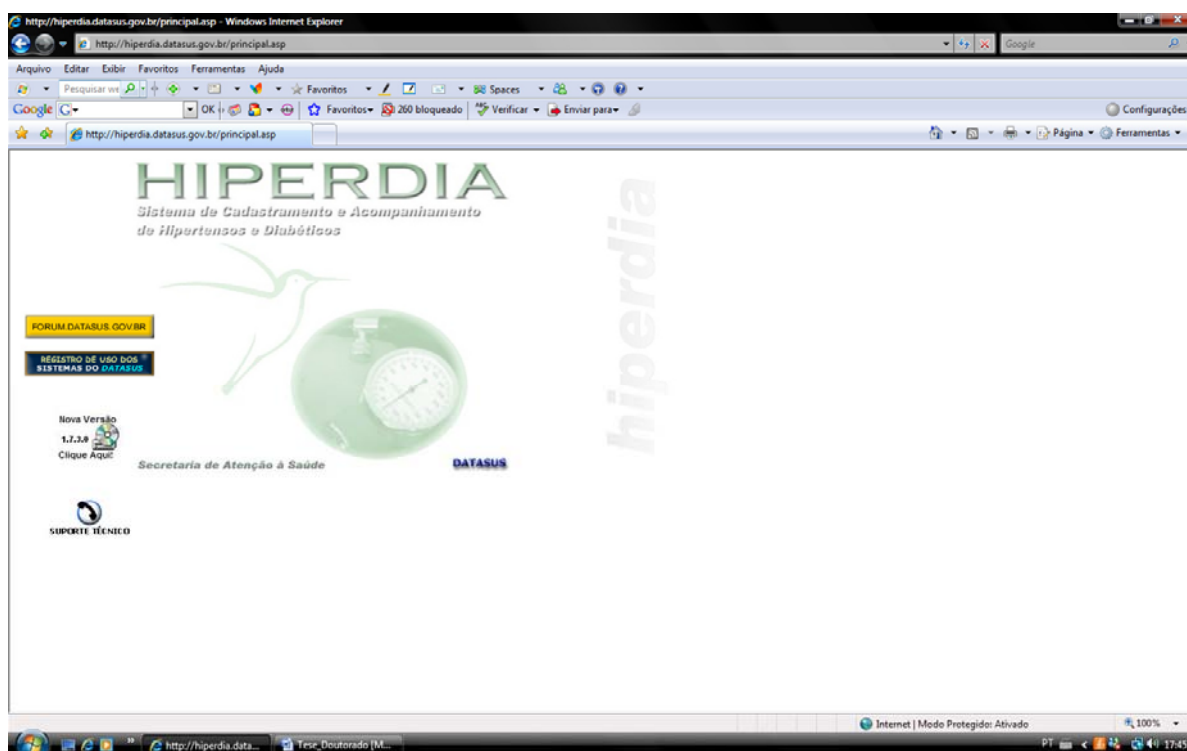


Figura 11: Tela de acesso ao Sistema de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA)

**Sistema de gerenciamento de projetos e atividades** – sistema organizado em rede, que possibilita o gerenciamento e acompanhamento dos projetos e atividades das unidades organizacionais da instituição. A partir do planejamento, mediante relatórios de gestão e status de execução, inclui níveis de responsabilidades e detalhamento das atividades, bom como dos eventos relacionados aos projetos e atividades.

**Sistema de gestão financeira e de convênios (GESCON)** – sistema de informações gerenciais utilizado no âmbito do Ministério da Saúde que integra o Fundo Nacional de Saúde (FNS), os núcleos estaduais, as secretarias-fim e gerências de projetos e diretorias de programas, armazenando dados relativos ao cadastramento da entidade beneficiária e do dirigente responsável, a análise e a aprovação de pleitos e projetos de cooperação

<sup>13</sup> <http://hiperdia.datasus.gov.br/principal.asp>

financeira a serem atendidos pelo MS; a celebração de convênios em suas etapas de qualificação, formalização dos termos e publicação; monitoramento da execução, controle dos prazos para prestação de contas, análise, aprovação e tomada de contas especial. Não disponibiliza dados ao público.

**Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)** – O sistema, cuja tela principal está na figura 12, tem por objetivo o registro e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade, e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Esse sistema possibilita uma análise global e integrada de todos os agravos definidos para desencadear as medidas de controle. O Sinan é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos. Instituído em 1996, tem por objetivo dotar municípios e estados de uma infraestrutura tecnológica básica para a transferência de informações dentro do Sistema de Informação em Saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) trabalha para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS. Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do País.<sup>14</sup>

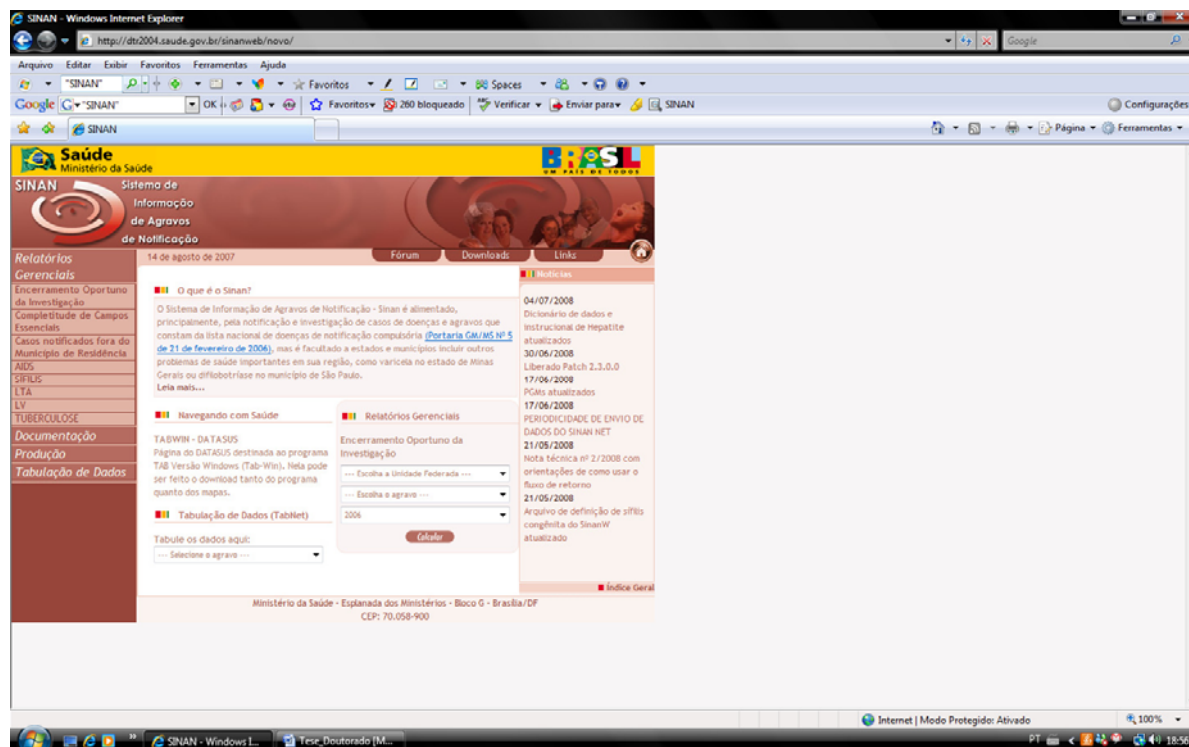


Figura 12: Tela de acesso ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

<sup>14</sup> [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis03\\_sinan.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis03_sinan.htm)



**Sistema de informação do programa de humanização no pré-natal e no nascimento (SIS Pré-Natal)** – sistema que permite o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS (figura 13). No SIS Pré-Natal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. É gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).<sup>15</sup>

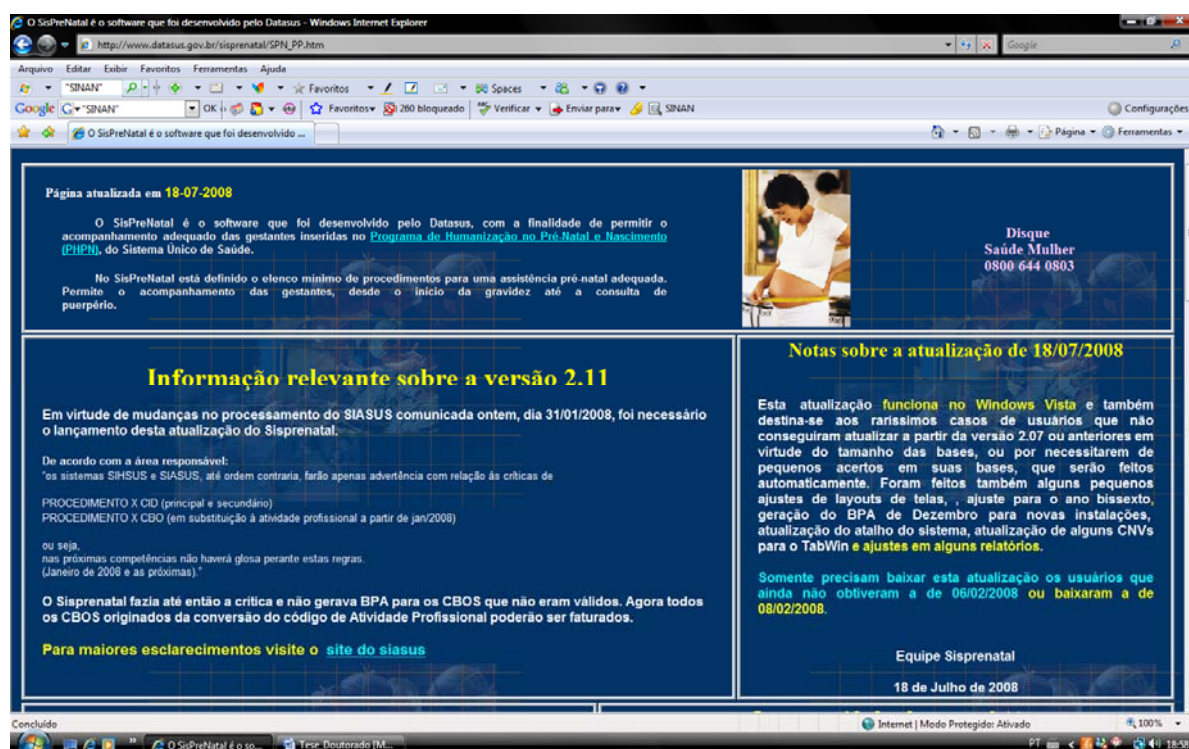


Figura 13: Tela de acesso ao Sistema de informação do programa de humanização no pré-natal e no nascimento (SIS Pré-Natal)

<sup>15</sup> [http://www.datasus.gov.br/sis prenatal/SPN\\_PP.htm](http://www.datasus.gov.br/sis prenatal/SPN_PP.htm)

**Sistema de informações de atenção básica (SIAB)** – sistema que se destina à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação de atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes do Programa de saúde da família (PSF). Tem grande potencial de melhorar as estatísticas nacionais de saúde, uma vez que existem evidências de que o volume de dados sobre nascimentos e óbitos coletados por este sistema, supera os informados no SIM e no SINASC. Pode ser acessado pela tela mostrada na figura 14.

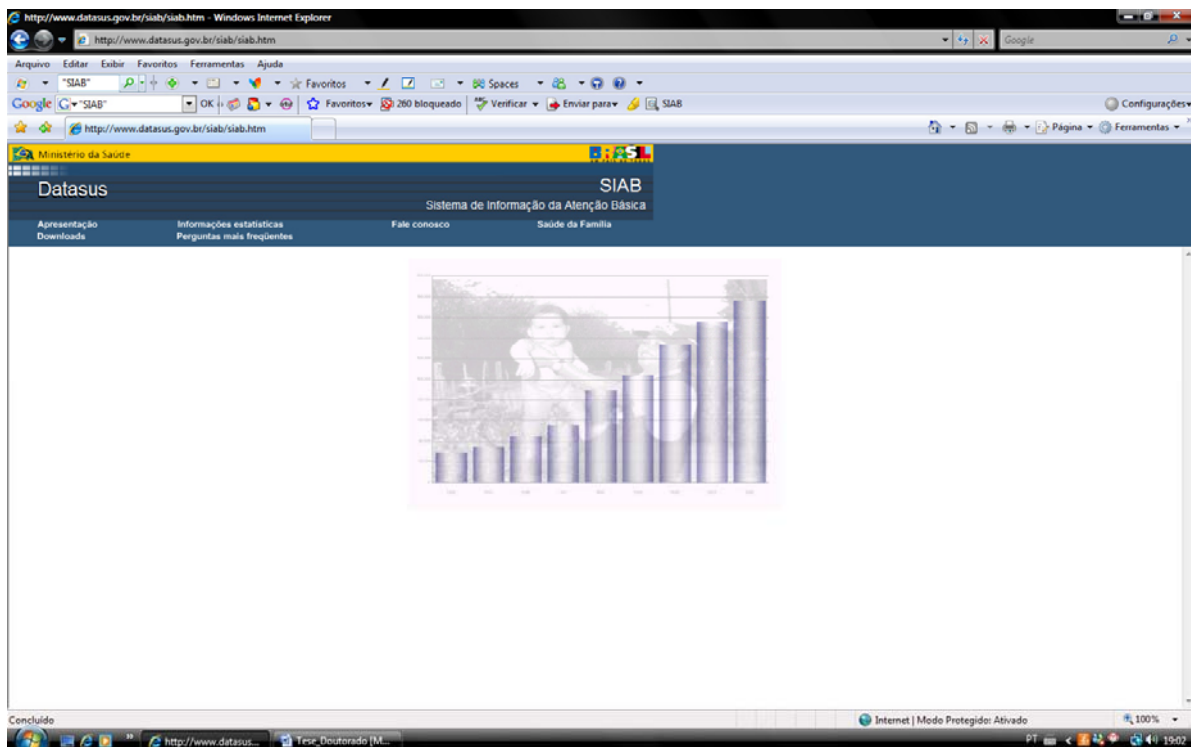


Figura 14: Tela de acesso ao Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)

**Sistema de informações do câncer da mulher (SISCAM)** – sistema que faz o registro dos dados de identificação da mulher e dos laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos realizados no SUS (figura 15). Disponibilizado em 2002, a partir dos dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos, orienta os gerentes estaduais do programa sobre a qualidade dos laboratórios responsáveis pela leitura dos exames no município. É gerenciado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e os dados estão disponíveis na página do Datasus.<sup>16</sup>

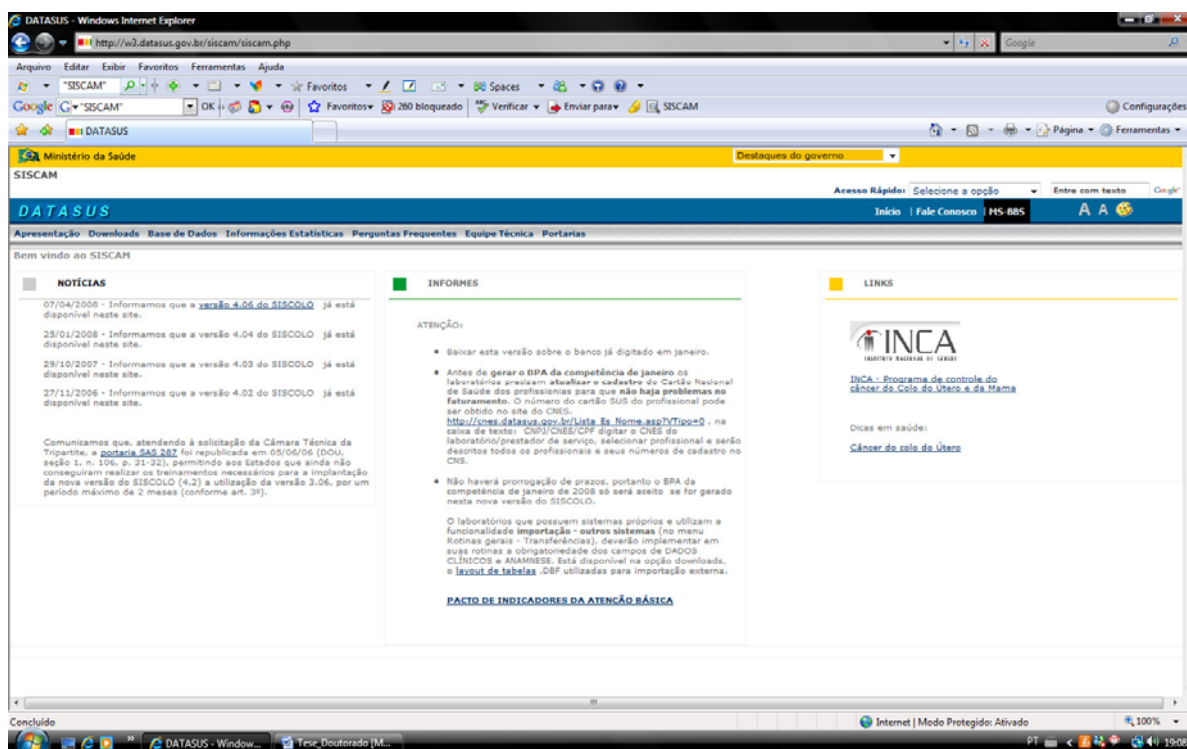


Figura 15: Tela de acesso ao Sistema de informações do câncer da mulher (SISCAM)

<sup>16</sup> <http://corvo.datasus.gov.br/siscam.htm> e <http://www.inca.gov.br>.