

cas ou manuais, e os profissionais envolvidos nessa tarefa nem sempre recebem treinamento adequado ou têm a clareza da utilidade dos dados que estão sendo coletados.

Se há poucos estudos sobre validação dos sistemas de informação, praticamente inexistem aqueles que mostrem se há diferenças de qualidade na informação produzida em hospitais de ensino, públicos e privados, ou se há diferenças quanto ao porte do hospital (número de leitos). Também não se sabe se há diferenças na qualidade do dado, quando o documento é preenchido pelo médico, enfermeira, ou pelo responsável do Serviço de Arquivo Médico.

Outro ponto a ser mencionado é que a grande maioria de pesquisas utiliza os dados dos sistemas de informação de epidemiologia segundo o local de residência dos eventos. No entanto, é possível utilizar esses dados segundo local de ocorrência dos eventos, identificando os serviços de saúde onde os casos aconteceram, para avaliar o fluxo de pacientes e analisar em maior profundidade a questão de acessibilidade aos serviços de saúde ⁴, ou mesmo para identificar possíveis diferenças quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes de diferentes serviços de saúde. Essas informações, aliadas às informações disponíveis em outros sistemas de informação, poderiam constituir-se em pistas importantes para avaliação da qualidade da atenção prestada, que Novaes aponta como sendo uma das vertentes importantes na pesquisa em/sobre serviços de saúde.

Houve enorme avanço com a implantação dos sistemas de informação de base nacional, os quais tiveram o mérito de padronizar a coleta, tratamento e disseminação de dados, dotando o país de informações mais confiáveis, comparáveis e ágeis ⁵. Os serviços de saúde são a principal fonte obtenção de dados, porém cabe, mais uma vez, retomar a discussão de que, até o momento, seu papel tem praticamente ficado restrito ao preenchimento de planilhas, muitas vezes duplicando ou mesmo multiplicando a coleta de dados para os diferentes sistemas de informação. Com o conhecimento disponível hoje em tecnologia da informação, seria possível buscar maior grau de informatização na produção de dados, promover a integração, interoperabilidade e flexibilidade dos sistemas de informação, otimizando a coleta de dados. Como resultado, haveria menor desgaste dos serviços de saúde nessas atividades, redução de custos para produção de dados (impressão, transporte, digitação e guarda de documentos) e, por último, uma melhoria da qualidade da informação.

1. Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Rev Saúde Pública* 1993; 27 Suppl:2-21.
2. Silva AAM, Ribeiro VS, Borba Jr. AF, Silva RA. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de 1997-1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:508-14.
3. Theme Filha MM, Gama SGN, Cunha CB, Leal MC. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1: S83-S91.
4. Campos TP, Carvalho MS. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:411-20.
5. Almeida MF. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações em nível municipal. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7:27-33.

*Kenneth Rochel
de Camargo Jr.*

*Instituto de Medicina
Social, Universidade
do Estado do
Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil.
kenneth@uerj.br*

Penso ser possível resumir a tese central do artigo no seguinte conjunto de proposições: (a) um maior conhecimento sobre os serviços de saúde, em seus múltiplos aspectos, é fundamental para a implementação de processos de aprimoramento da qualidade da atenção; (b) em virtude da complexidade inerente à atenção à saúde, esse conhecimento demanda pesquisas com múltiplas abordagens disciplinares e metodológicas; (c) a produção brasileira na área é pequena.

Colocadas dessa forma, essas asserções são, à primeira vista, irrefutáveis, quase um truísmo; responder ao convite para o debate, contudo, demanda um exame mais crítico das mesmas.

Gostaria de começar pela última (e mais simples). A pesquisa da autora pelo unitermo “*health services research*”, no portal SciELO (Scientific Electronic Library Online), por exemplo, resultou na identificação de apenas 11 artigos, caracterizando de fato um número restrito de publicações. Mas isso seria um indicador suficiente por si só para caracterizar a baixa produção? Talvez possamos imaginar algumas alternativas para essa constatação; por exemplo, os padrões de publicação dos grupos de pesquisa que desenvolvem trabalhos na área em questão podem não privilegiar artigos, ou ter como alvo prioritário publicações indisponíveis no SciELO, ou talvez ainda não haja acolhida suficiente desse tema pelos conselhos edito-

riais das publicações em questão, levando a uma rejeição diferencial de artigos que a abordem.

Com efeito, a busca do mesmo unitermo em outra base de dados, LILACS, revela um total de 145 títulos produzidos no Brasil. Embora esse achado não contradiga a afirmação da autora, mostra, a meu ver, a necessidade de pensá-la no contexto dos diferentes padrões de publicação da área de saúde coletiva no Brasil. A produção em planejamento em saúde, por exemplo, ainda gera menos artigos que a em epidemiologia, e esta última não favoreceu com maior destaque, em anos recentes, a discussão sobre os serviços de saúde.

Adicionalmente, é necessário reconhecer a existência de uma produção já tradicional e crescente de conhecimentos originada fora do setor acadêmico, e que precisamente por isso não se traduz em publicações. Voltarei a ela mais adiante.

A segunda proposição corresponde a um traço constitutivo do próprio campo da saúde coletiva, inerentemente “multi-pluri-inter-transdisciplinar” (seja qual for a denominação *du jour*). Nossa reflexão sobre esse tema deveria voltar-se, acredito, para a progressiva especialização de suas subáreas, o que pode eventualmente levar à sua fragmentação.

Por fim, gostaria de ressaltar um pressuposto implícito na primeira proposição que pode gerar problemas para a implementação de medidas concretas com base nela; refiro-me à idéia de que as ações em saúde são determinadas por um corpo de conhecimentos (seriam *knowledge-driven*), e que, portanto, mais conhecimento se traduziria em melhor atenção (e, inversamente, a carência relativa de pesquisas comprometeria a qualidade do cuidado).

Parece-me, contudo, que a relação saber-prática é mais complexa; adicionalmente, esse pressuposto com alguma frequência leva a intervenções de cunho tecnicista, fadadas, por isso mesmo, a encontrar resistência à sua aplicação. Ao desconhecem como os profissionais de saúde (em sentido lato) operam seus próprios processos de produção e validação de conhecimentos (ver, por exemplo, Camargo Jr. 1), tais iniciativas, por mais bem intencionadas que sejam, podem ser liminarmente rejeitadas precisamente pelo seu público-alvo, o que poderia explicar o paradoxo, citado pela autora, de poucas pesquisas terem produzido mudanças nos vários aspectos da atenção à saúde, desde a gerência até o nível micro das decisões clínicas e terapêuticas.

Acredito que mudanças efetivas dependem de uma abordagem que tome os atores efetivos da atenção à saúde não como um pólo passivo

da observação de pesquisadores que produzem discursos sobre e para os mesmos, mas como parceiros da empreitada, aproximando-se do que Santos 2 chama de “segunda ruptura epistemológica”, o reencontro do conhecimento científico com o senso comum. Este me parece o caminho de alcançar a meta, ainda seguindo esse mesmo autor 2, de produzir um conhecimento prudente para uma vida decente.

Acredito ser este um dos eixos centrais da proposta do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), programa de pesquisa em curso no Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pelos professores Roseni Pinheiro e Ruben Mattos, contando com a participação de pesquisadores de diversas instituições, traduzida na publicação de dois livros extremamente bem recebidos pela área de saúde coletiva 3,4 – e que, a propósito, ainda que abordando exatamente a temática do artigo em debate, não são alcançáveis pela consulta ao SciELO.

1. Camargo Jr. KR. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1163-74.
2. Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
3. Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.
4. Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003.

Milton de Arruda
Martins

Faculdade de Medicina,
Universidade de São
Paulo, São Paulo, Brasil.
mmartins@usp.br

O trabalho *Pesquisa Em, Sobre e Para os Serviços de Saúde: Panorama Internacional e Questões para a Pesquisa em Saúde no Brasil*, de Novaes, aborda, de forma aprofundada, vários problemas e desafios envolvidos nessa área temática de pesquisa.

Um aspecto importante abordado é a frustração freqüente de pesquisadores causada pela baixa utilização dos resultados das pesquisas em serviços de saúde pelos gestores e gerentes. Por outro lado, os gestores e gerentes muitas vezes consideram que as informações geradas por esses estudos não são relevantes e não encaram o investimento em pesquisa co-