

* Artigo Original

RIPSA no Estado: Inovação na gestão da informação em saúde no Brasil?

RIPSA in the States: Innovation in Brazilian health information management?

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

ilara@ensp.fiocruz.br

Vanessa Lima

Doutoranda ICICT/FIOCRUZ e Universidade de Coimbra

vanessalima@ensp.fiocruz.br

João Baptista Risi Junior

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)

jbrisi@gmail.com

Dulce Quevedo

Coordenadora RIPSA/Santa Catarina – SES/SC

dulcequevedo@saude.sc.gov.br

Nidilaine Xavier Dias

Mestre em Saúde Pública

nidilaine@ensp.fiocruz.br

DOI: 10.3395/reciis.v7i2.Sup1.824pt

Resumo

Considera-se que a atual *práxis* fragmentada da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde (ITIS) não atende à complexidade dos processos de saúde/doença/cuidado, limitando a capacidade de resposta do Estado brasileiro. Procurando encontrar alternativas, analisa-se a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) em seu movimento de descentralização para os estados indagando se suas características podem ser consideradas inovações na gestão da ITIS. Estudo qualitativo, exploratório, de estudo de caso, recorre à análise de documentos produzidos pela Ripsa e à observação participante, contemplando a perspectiva nacional e cinco contextos dos estados-piloto da descentralização/RIPSA. Realiza-se levantamento bibliográfico sobre o conceito de consenso, importante característica da RIPSA. As bases políticas e técnicas de concepção da iniciativa são lançadas em 2006-2007. De 2008 a 2012, os estados preocupam-se em cumprir a 'metodologia ripsa', sintetizada no slogan: Produzir Conhecimento para Ação. Com dimensões comuns às Unidades Federativas, evidenciam-se vários determinantes para as diferenças: apoio político-institucional das autoridades estaduais; dinâmica organizacional da Secretaria Estadual de Saúde; envolvimento de instituições externas; características das fontes de informação; e apoio da Ripsa Nacional. Apesar das limitações estruturais e políticas, a RIPSA constitui inovadora alternativa de gestão da ITIS, ao consolidar-se através de cultura colaborativa baseada no consenso.

Palavras Chave: Informação em Saúde; RIPSAs; Gestão em Saúde; Gestão da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde; Indicadores Básicos de Saúde.

Abstract

The current fragmented praxis of Information and Information Technology in Health (Informação e Tecnologia de Informação em Saúde - ITIS) does not meet the needs of Brazil's complex health/illness/care processes, limiting the Brazilian government's ability to respond to healthcare needs. This paper describes an analysis of the Interagency Network for Health Information's (Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs) decentralization program to determine whether its characteristics can be considered innovations in ITIS management. This qualitative, exploratory study, or case study, relies on an analysis of RIPSAs documents and participant observation to assess the national perspective and the contexts of the five pilot states involved in the RIPSAs decentralization. A review of the literature on consensus, an important characteristic of the RIPSAs reforms, was conducted. The political and technical bases for the initiative were launched in 2006-2007. From 2008 to 2012, the states were concerned with following the 'RIPSAs methodology', whose slogan was "Producing Knowledge for Action". While several dimensions were common to the Federative Units, several determinants were found to account for the differences: political and institutional support from the state authorities; the organizational dynamics of the State Department of Health; the involvement of external institutions; the characteristics of the information sources; and the support received from National RIPSAs. Despite its structural and political limitations, RIPSAs is an innovative alternative to ITIS management because of its strategy of consolidating itself through a collaborative culture based on consensus.

Keywords: Health information; RIPSAs; Health management; Information Management and Information Technology in Health; Health Status Indicators

INTRODUÇÃO

De forma crescente na história da humanidade, a informação adquire importância na busca e produção do conhecimento. Na Saúde, a informação se reveste de valor na medida de seu uso na tomada de decisão com objetivo de desencadear seja um planejamento responsável, a execução e gestão de ações, seja para apoiar o processo decisório clínico.

Conforme citado por Martino (2008), um Sistema de Informação em Saúde (SIS) se fundamenta no conjunto de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Autores como Vasconcellos et al (2002), Bath (2003), Marteleto (2007); Risi (2006 e 2009), Moraes e Gomez (2007), Moraes et al (2009), Silva e Moraes (2012) evidenciam que as atuais práticas e saberes de Informação e Informática em Saúde não dão conta da complexidade dos processos de saúde/doença/cuidado e dos problemas contemporâneos a serem superados. Constituem um dos limitantes para a ampliação da capacidade de resposta do Estado brasileiro. Os estudos citados abordam diferentes dimensões explicativas para a manutenção de um *status quo* onde persistem problemas de gestão, políticos, técnicos, tecnológicos, epistemológicos e de formação profissional.

Dentre as principais limitações apresentadas pelos trabalhos citados, destaca-se a fragmentação dos atuais SIS e de seus aplicativos informáticos (software). A fragmentação

existente nas informações em saúde constitui uma das dimensões da racionalidade organizativa fragmentada e fragmentadora do Estado brasileiro e, por conseguinte, da gestão das instituições de saúde: atomizada, pontual, estanque e pulverizada, dispersa e redundante entre seus diversos setores (Moraes, 1994 e 2002). Entre outras consequências, esta realidade acarreta a ausência de um processo coordenado em torno das práticas e saberes em saúde e, portanto, também do campo da informação e informática em saúde.

Esta constatação permite afirmar que a fragmentação das informações transcende limitações tecnológicas, o que fundamenta a evidência de que não será superada utilizando-se apenas recursos tecnológicos como interoperabilidade entre sistemas de informação e adoção de padrões. Obviamente, essas iniciativas são essenciais e necessárias, entretanto, não são suficientes para superar a histórica racionalidade, fragmentada e fragmentadora, da informação e tecnologia de informação em saúde (ITIS) (Moraes et Gómez, 2007). A complexidade inerente à superação dessa lógica diminui a potência da ITIS (co)operar para aumentar a capacidade de intervenção do Estado se for enfrentada apenas com técnicas.

É neste contexto que emerge a relevância de estudos que aprofundem a compreensão sobre este problema e fundamentem o desenvolvimento de inovações que corroborem com o esforço de instauração de novos marcos integradores das ações em saúde. Uma das dimensões a merecerem atenção refere-se ao *modus operandi* adotado na gestão da ITIS no âmbito do SUS. Longe de esgotar esta questão, objetiva-se aqui refletir sobre este tema, tendo por referência o caso da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), mais especificamente em seu movimento de descentralização para os estados. Ao longo de seus quase 20 anos, esta iniciativa suscita questões que enriquecem o debate em torno de alternativas à gestão fragmentada das ITIS.

A RIPSA (<http://www.ripsa.org.br/>) foi concebida com o intuito de subsidiar o processo decisório em saúde, bem como a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas sistematizando informações relevantes sobre o estado de saúde da população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Para tal, promove ações conjuntas das instituições responsáveis pela produção, análise e disseminação de dados sobre a realidade sanitária no Brasil. Instituída em 1996, no âmbito da cooperação técnica da OPAS/OMS com o Ministério da Saúde, a RIPSA mobiliza esforços para a elaboração de produtos, trabalhados coletivamente, pelas instituições participantes da Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) - instância máxima definidora de suas recomendações - onde cada componente contribui com sua expertise e recursos próprios para o objetivo comum de aprimorar a qualidade da informação. Até 2010, a Opas atuou como agente catalisador das iniciativas, fortalecendo a continuidade dos processos de trabalho. A partir de 2011, inicia-se processo de 'interiorização da Ripsa' no Ministério da Saúde, reduzindo a contribuição da OPAS.

Todas as instâncias decisórias e operativas, nacional e estaduais, da Rede atuam sob a forma de colegiados: Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), que delibera sobre a condução técnica e estratégica da iniciativa; Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), incumbidos de produzir e atualizar um conjunto de indicadores básicos que serve de substrato para o processo de gestão em saúde e o exercício do controle social; Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), constituídos temporariamente para aprofundar análises metodológicas e elaborar produtos específicos; e Secretaria Técnica, que trata de viabilizar as recomendações da OTI. Suas atividades são regidas pelo Planejamento Operacional de Produtos (POP), que a Secretaria Técnica da RIPSA submete anualmente à aprovação da OTI. As entidades integrantes arcam com os custos de sua atuação regular, podendo a RIPSA Nacional participar do custeio de produtos específicos aprovados na POP, respeitados os direitos de autoria.

Sua forma de funcionamento propicia a convergência de iniciativas para a obtenção de resultados de interesse comum. Adota como eixos norteadores a parceria, a solidariedade e o alcance do consenso entre instituições parceiras: atuação interagencial. Em todos os seus fóruns, a busca do consenso constitui o princípio estruturante que estabelece as condições para que ocorra a circulação e a agregação de diferentes culturas institucionais, campos de saberes e interesses dos participantes.

Estas características em seu funcionamento, diferentes da prática atomizadora e pulverizada existente, podem ser consideradas inovações na gestão da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde no âmbito do SUS? Esta é a questão que se pretende analisar com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre uma determinada dinâmica, diversa da existente, de tomada de decisão calcada no consenso. Espera-se, com isso, fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas práticas de gestão da ITIS que contribuam para ampliar a capacidade do Estado brasileiro exercer seu dever de garantir saúde como direito universal da população.

MÉTODO

Na ânsia por encontrar alternativas à atual gestão fragmentada da ITIS, desenvolve-se estudo qualitativo de natureza exploratória. Utiliza-se o método de estudo de caso analítico sobre a experiência de descentralização da iniciativa da RIPSA Nacional para os estados. Esta opção se mostrou adequada por se tratar de uma investigação que envolve a busca de evidência empírica sobre novas práticas de tomada de decisão em ITIS, tratando-se, portanto, de um recorte amplo, complexo e contextualizado.

Para o alcance do objetivo proposto, recorre-se à pesquisa bibliográfica do material documental produzido pela RIPSA sobre a descentralização da iniciativa, no período de 2006-2012, e à observação participante em fóruns dedicados à tomada de decisões sobre as ações a serem implementadas, no período de 2010-2012.

Nas duas abordagens, o *modus operandi* do processo decisório por consenso constitui o eixo orientador da investigação, tanto para o plano de leitura e análise da documentação da RIPSA quanto para subsidiar a observação participante. Esta técnica de investigação social foi possível pela observação e participação dos autores em instâncias decisórias e operativas da RIPSA, tanto em sua expressão nacional quanto estadual. A preocupação dos autores, através da observação participante, é captar características da dinâmica adotada para o estabelecimento de consenso, complementando a análise documental.

A documentação analisada inclui: atas de reunião que são denominadas pela Ripsa como 'Ajuda-Memória' dos CTI e CGI; e Relatórios das OTI, tanto nacionais quanto estaduais. O recorte temporal vai de 2006 a 2012, subdividido em dois momentos: 2006 e 2007 analisam-se os antecedentes que mobilizam o processo de descentralização da Ripsa para os estados (2008- 2012). A observação participante gerou relatórios a partir dos Diários de Campo elaborados que constituem importante fonte de análise.

O estudo contempla as cinco unidades da federação onde ocorre a descentralização da RIPSA - estados-piloto - quais sejam: região norte – Tocantins; região nordeste – Bahia; região centro-oeste – Mato Grosso do Sul; região sudeste – Minas Gerais e região sul – Santa Catarina.

As primeiras leituras do material coletado suscitaram a necessidade de aprofundar a compreensão acerca do conceito de consenso. Para tal, realizou-se levantamento bibliográfico específico sobre o tema, utilizando-se os seguintes termos da base de dados da Scientific Electronic Library Online – SciELO/BIREME¹: consenso, consensual decision, consensus building

e consensus. Este cuidado mostrou-se útil para orientar tanto a pesquisa documental quanto a observação participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceito de Consenso:

A partir da base dos Descritores em Ciências e Saúdeⁱⁱ, a definição de consenso é: "*opinião geral coletiva ou de concordância em que o julgamento é feito pela maioria dos interessados*".

Para Bobbio (1998, p.240), consenso implica na "*existência de um acordo entre membros de uma determinada unidade social em relação a princípios, valores, normas, bem como quanto aos objetivos almejados e meios para alcançá-los*". Reflete uma relativa adesão a uma variedade de fenômenos, mas que nunca pode ser um consenso total, principalmente quando se trata de sociedades complexas (BOBBIO, 1998). Além do fato de que consenso não significa, necessariamente, unanimidade, agrega-se o caráter de provisoriedade do consenso estabelecido.

Estas características demandam mecanismos decisórios flexíveis, ágeis e sustentáveis, pois diante de algum fato novo, os espaços coletivos precisam ser rapidamente acionados. Portanto, o consenso não é estável, é relativo e atribuído segundo graus de classificação, mais do que a determinação de um dissenso ou consenso.

O consenso, em enunciados gerais, é frequentemente mais amplo do que em posições sobre situações particulares. Principalmente diante de problemas controversos e complexos, como no caso da gestão da ITIS, 'o grau de consenso' existente varia em função: da autonomia dos indivíduos em expressar suas opiniões discordantes, da sua capacidade de vocalização, fundamentação e argumentação e do compromisso implícito de que será buscado o consenso, não em um 'cabo de guerra', mas sim no investimento em diálogo e convencimento dos interlocutores.

Obviamente, essas dimensões da dinâmica do consenso pressupõe a existência de uma cultura política de relações democráticas e participativas que valoriza a capacidade de ausculta dos demais participantes, mesmo quando ocupam a posição de oponente.

O consenso sobre as regras fundamentais que regem o desenvolvimento da vida política e institucional é elemento quase que indispensável para o andamento mais ou menos ordenado do debate (BOBBIO, 1998, p. 240). Em primeira instância, a compreensão do conceito de consenso depende da concepção de como se dá a relação entre o par Sociedade-Estado em um país. No que concerne às instituições políticas, o Brasil, como um país em contínuo aprimoramento de seu pacto democrático, tem um processo de deliberação que objetiva o compartilhamento entre sociedade civil e gestores, da responsabilidade sobre a decisão e construção de consenso acerca do conteúdo das políticas públicas, como existente no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA, 2011).

Para o senso comum, emitir opiniões divergentes de um coletivo é considerado um conflito, principalmente quando a tomada de decisão constitui o objetivo a se alcançar. Conflito e consenso são vistos como lados díspares, elementos opostos, mas na verdade tem aproximações, senão partes de uma mesma força cíclica. Faz-se necessária a interação linguística, o diálogo aberto, o conflito exposto, para que o consenso seja parte de um entendimento de fato, apesar de provisório e não universal. Antes de se tratar de elementos díspares, compõem um conjunto de ações que envolvem a comunicação de ideias, reflexões, conceitos e apreciações sobre um determinado tema e, ao mesmo tempo, explicitação e negociação de interesses em possível disputa.

Resultante dos estudos sobre consenso, o conceito desenvolvido neste artigo não exclui a diversidade. Na busca por fundamentar esta concepção, recorre-se ao conceito cognitivista de Kant (1996) no qual as questões e conflitos práticos podem ser resolvidos através de consensos por meio de argumentação, inclusive no plano dos discursos organizados sistematicamente.

Com base no princípio da universalização, Habermas (2003), que bebe na fonte kantiana, propõe a Ética do Discurso e dispõe que só tem validade prática as normas aceitas, sem coação, pelos envolvidos como participantes de um discurso que agem segundo esta norma, indivíduos cientes também das consequências sobre seus interesses concretos. Assim, a Ética do Discurso admite o elemento universal de uso da linguagem e que os indivíduos só conseguem individualizar-se através da integração social, da socialização, onde o discurso prático está ancorado em formas de vida concretas, em situações vivenciadas, nas experiências e expertises adquiridas (SIEBNEICHLER, 1989).

Esta concepção sobre consenso torna-se útil para o entendimento dos processos dialógicos que se estabelecem no decorrer dos debates / embates em torno da informação em saúde, da gestão da informação em saúde e suas tecnologias, bem como de questões práticas objetivas. Assim, agrega-se à ideia kantiana, o conceito de razão comunicativa de Habermas para fundamentar o construto de consenso aqui trabalhado. A razão comunicativa conduz “a reconstrução de discursos formadores de opinião e preparadores de decisão, no qual está embutido o poder democrático exercitado conforme o direito” (HABERMAS, 2003 p. 21).

A razão comunicativa trata, dito de maneira simplificada, do agir racional em contextos de interações orientadas para um fim, levando em conta que as interlocuções estabelecidas constituem uma ação social que se dá por meio de atos de fala que tenham validade criticável. Os agentes orientam seu agir a partir das pretensões de validade de suas proposições/argumentos para construção e alcance da finalidade comum. Esta validade pode ter uma força de modo a efetivar um ato de coordenação ou de consenso (SOUZA, 2011). O agir sob a égide da razão comunicativa dedica-se a ações orientadas para o entendimento, diferente das ações orientadas para o êxito (GOMES, 2005).

Com estes referenciais, para o alcance de consenso, o conflito, a diversidade, o embate criam a tensão necessária para impulsionar o debate, o diálogo em torno de determinada questão, a decisão adotada, pelo exercício do raciocínio, sobre possíveis caminhos práticos, soluções ou acordos a serem firmados. Nesse sentido, o conflito evidencia seu aspecto positivo.

De início, o conflito orienta o olhar para a tensão entre as partes, entretanto pode indicar o caminho da integração (servem a uma função integradora): Os conflitos são indispensáveis, como uma dimensão intrínseca ao processo universal da mudança social. Pode tornar-se energia criadora! Lembrando o alerta de DAHRENDORF (1981 p. 13): “As sociedades não formam conjuntos harmônicos e equilibrados. Sempre incluem também diferenças entre grupos, com valores e expectativas inconciliáveis”.

Afirma-se, portanto, que não há ‘tranquilidade’ no consenso. Quando se estabelece, representa o acordo possível, em torno de um objetivo comum, em face da conjuntura política, social e institucional historicamente construída. Logo, não se trata de maiorias estabelecidas, diferencia-se do debate de maioria *versus* minorias.

Como resultado da reflexão sobre consenso, em um esforço de síntese, os seguintes elementos foram considerados como centrais para sua aplicação ao conceito de consenso:

- Pressupõe a existência de um acordo entre os agentes em relação aos objetivos almejados e meios para alcançá-los.

- Em questões complexas, não se alcança o consenso total, portanto, consenso não é sinônimo de unanimidade.
- Por ser historicamente determinado, o consenso estabelecido é provisório, instável, relativo e variado no estabelecimento de sua 'profundidade'.
- É dependente da concepção de como se dá a relação Sociedade-Estado.
- A capacidade de argumentação dos interlocutores constitui o principal meio para o alcance do consenso, jamais através de coação.
- O interesse de que os objetivos comuns sejam alcançados fomenta uma ética orientadora das ações calcada mais na solidariedade, na cooperação, na disposição para que se estabeleça o entendimento do que na competição, na vitória ou até na eliminação dos que divergem.

Esses elementos orientam a análise da documentação da RIPSA e a observação participante em seus mecanismos de interlocuções existentes.

Antecedentes da Descentralização da RIPSA para unidades da federação: 2006-2007

Com 10 anos de funcionamento (1996-2006) dedicados a pensar as informações e tecnologias de informação em saúde (ITIS) da perspectiva nacional, os componentes da RIPSA Nacional iniciam, em 2006, debates em seus fóruns de decisão coletivos sobre a relevância, validade e utilidade em sua descentralização.

Da análise dos documentos da época, destacam-se três argumentos utilizados pelos defensores da proposta de descentralização: 1º) Os produtos gerados pela Ripsa tornaram-se referência de qualidade por seu rigor técnico e científico envolvido. A RIPSA consolida-se como 'uma grife' sinônimo de excelência. 2º) A convicção de que melhorar a qualidade das informações em saúde produzidas no Brasil depende da melhoria das condições em que são produzidas. Para a grande maioria dos sistemas de informação em saúde (SIS), a coleta dos dados ocorre nos serviços de saúde. Portanto, qualquer iniciativa nessa direção, necessariamente, deve envolver os estados e municípios como partícipes do processo. 3º) Ao longo do tempo, a RIPSA construiu uma determinada dinâmica de organização e funcionamento que, após seus dez anos, permite a sistematização de suas características, denominada como 'Metodologia Ripsa'.

Em tentativas anteriores a 2006, a proposta de descentralização da RIPSA não alcançou o consenso em seu principal fórum de decisão: a Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), composta pelas instituições que fazem parte da Rede. O consenso só foi alcançado na 13ª. OTI/mar/2006

(http://www.ripsa.org.br/local/informacao/UploadArg/relatorio_13_OTI_final_mai06.doc).

Conforme preconiza a 'Metodologia Ripsa', cabe a quem apresentou a proposta, aceita pela OTI, elaborar o Esquema Básico para constituição do respectivo Comitê Temático Interdisciplinar RIPSA no ESTADO (CTI EST)ⁱⁱⁱ, instância nacional, a ser submetido novamente à OTI. Tal fato ocorreu na 14ª OTI em nov/2006, quando foi apresentada a concepção de consenso entre os membros do CTI EST.

A análise dos relatórios das diversas reuniões do CTI EST, no período de março a novembro de 2006, evidencia o intenso debate travado entre seus componentes na construção do consenso em relação aos objetivos almejados e meios para alcançá-los. Confirma-se o caráter de provisoriedade do consenso. Para ilustrar, cita-se questão, defendida pelo CONASEMS, acerca da forma como deve se dar a participação dos municípios e seu grau de autonomia frente às

Secretarias de Estado de Saúde que, após idas e vindas, firmou-se o seguinte consenso: (i) incluir nos requisitos para a adesão à RIPSa sua aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) caracterizando-se como iniciativa das duas esferas de governo; (ii) o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) é membro nato da OTI de cada UF, coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde; (iii) alterar a denominação original da iniciativa: de 'Ripsa Estadual' para 'Ripsa no seu Estado', definindo-se posteriormente por 'Ripsa no Estado', para que não parem dúvidas a respeito de seu escopo: ação conjunta da SES e das SMS; e (iv) a iniciativa precisa ser debatida e formalizada no âmbito do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Os acordos firmados expressam a preocupação por considerar, no desenho da proposta, o atual arcabouço que regula a federação, com autonomia entre as esferas de governo, as estruturas de gestão do SUS e a relação com a sociedade.

O estabelecimento dos consensos demandou a criação de inovações diante de impasses. A cada rodada de discussões, os interlocutores apresentam argumentações incisivas e fundamentadas. Esta dinâmica observada permite a afirmação de que o formato da Ripsa no Estado é fruto de uma construção coletiva de 'soluções' inovadoras, que emergiram motivadas pelo interesse comum dos participantes de que a iniciativa fosse adiante, pavimentando laços de cooperação.

Pode-se considerar que o ano de 2006 foi dedicado ao desenho do modelo da Ripsa no Estado. O ano de 2007 concentrou-se em modelar as estratégias necessárias à implementação da proposta junto aos estados e municípios. Talvez a única unanimidade identificada nos documentos da época refere-se à decisão de trabalhar-se, inicialmente, com apenas cinco unidades da federação (UF), conferindo-lhes o formato de experiências-pilotos, para que o CTI EST tivesse condição de apoiá-los. Como a coordenação do processo na unidade federada é da SES, acordou-se também que o ato inicial é dado por essa instituição: oficializar, à coordenação geral da RIPSa Nacional, sua decisão por aderir à Ripsa, concordando com seus fundamentos.

Questão geradora de tensões foi a escolha dos cinco estados pilotos uma vez que, após debate da iniciativa na Plenária dos Secretários de Estado de Saúde do CONASS (26/set/2007), dez secretários de estado de saúde manifestaram interesse em aderir à RIPSa. Estabeleceram-se, então, critérios para escolha, a saber: (i) Manifestação institucional da intenção de melhorar a qualidade da informação no Estado a partir da Metodologia RIPSa, formalizando este compromisso através de ofício à Coordenação Nacional da Ripsa, na época a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde; (ii) Existência de equipe técnica dedicada ao processo e infraestrutura local necessária; (iii) Envolvimento do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS da unidade federada; (iv) Primeiro estado inscrito por região administrativa do país. Em conjunto com o CONASS e CONASEMS, foram selecionados: Tocantins (região Norte), Bahia (Nordeste), Minas Gerais (Sudeste), Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste) e Santa Catarina (Sul).

A análise da documentação permite que se considere como o marco de 'lançamento' da Ripsa no Estado a realização da I Oficina de Trabalho RIPSa no seu ESTADO, realizada em Brasília, nos dias 10 e 11 de dezembro de 2007, promovida pela RIPSa Nacional, OPAS-Brasil, CONASS e CONASEMS. Seus objetivos foram: (i) debater a implantação da RIPSa no seu Estado tendo como referência a situação de saúde, de gestão do SUS e de gestão da informação em cada um dos estados selecionados; (ii) identificar, em conjunto, estratégias de ação para um trabalho articulado em rede dedicada à melhoria da qualidade da informação em saúde no estado; e (iii) fomentar a troca das experiências entre as UF participantes.

O resultado esperado foi compartilhar com os estados o entendimento sobre o que se configura como a 'Metodologia Ripsa'. Com esta preocupação, um dos dois mentores e artífices da Ripsa^{iv} - João Baptista Risi Júnior - elaborou o documento 'Aplicação da Metodologia Ripsa no Estado', conhecido como Produto 5^v do CTI EST. Constitui o primeiro texto, encontrado pela pesquisa documental, que consolida as premissas, a concepção, a institucionalização, os principais produtos esperados, processos de trabalho, de funcionamento e de decisão/gestão, incluindo a relação da Ripsa/UF com a Ripsa Nacional. Este documento é, até hoje, o principal instrumento na descentralização.

Esse período que antecede o início dos trabalhos junto aos estados lança as bases políticas e técnicas de concepção e sustentação da iniciativa que, até 2012, têm se mantido como pilares da descentralização da Ripsa.

Implantação da Descentralização da RIPSA para unidades da federação: 2008-2012^{vi}

Compreender como se efetiva, nos cinco estados pilotos, o processo de implantação da RIPSA e seus respectivos consensos se mostrou ser tarefa difícil. Deixa de ser apenas um lócus de observação (Ripsa Nacional) para envolver cinco realidades distintas. A tentativa de identificar pontos comuns foi quase abandonada. No entanto, principalmente utilizando o material coletado no decorrer da observação participante, foi possível encontrar dimensões comuns às cinco UF no emaranhado das ações e interlocuções. Vale ressaltar que são questões comuns, mas que não se expressam na forma e intensidade idênticas em cada estado.

1ª. Dimensão:

Uma primeira análise da documentação deste período permite identificar a principal motivação das SES para aderirem à Ripsa: a preocupação com as dificuldades dos setores de ITIS para se adequarem às crescentes demandas de informação, no contexto intrincado de relações entre as três esferas do SUS, órgãos de outros setores de governo e entidades de ensino e pesquisa.

Neste sentido, a adesão à RIPSA se apresenta como uma oportunidade de apoio e fortalecimento das equipes de informação e tecnologia de informação em saúde para que possam melhor subsidiar o processo decisório nos estados. Esta percepção é ilustrada pelo lema definido para a capa do folheto de divulgação produzido pelo CTI EST (Produto 1), que sintetiza esta concepção: "*Construir Conhecimento para a Ação*". No corpo do material, explicita-se "*A partir do consenso, em uma construção coletiva que insta cada instituição a contribuir com a sua expertise e vocação*". O Produto 1 tem por objetivo apresentar a RIPSA, como funciona, produtos que desenvolve e sua composição: (i) órgãos de saúde responsáveis pela gestão de políticas públicas e pela produção de informações nesse âmbito; (ii) órgãos de outros setores de governo que geram informações necessárias à gestão integrada da área de saúde; (iii) entidades de ensino e pesquisa que se destacam na realização de estudos e análises sobre a situação de saúde; e (iv) entidades públicas representativas de segmentos profissionais e outros envolvidos na produção e disseminação de informação em saúde.

Principalmente no âmbito das SES, o mobilizador para a decisão de aderir à RIPSA articula melhoria das informações com melhoria da capacidade de gestão. Essa constatação pode parecer óbvia, mas não é para os que se dedicam ao estudo do campo da ITIS no Brasil. Diferentes autores^{vii} já constataram o pouco uso da informação na tomada de decisão em saúde. A exceção restringe-se às informações de cunho financeiro.

2ª. Dimensão:

Outro ponto que se destaca é a expectativa de que, através da Ripsa/UF, outras iniciativas que perdem seu impacto potencial por estarem dispersas poderão ser catalisadas. É o caso das

linhas de investimento voltadas para epidemiologia, regulação, planejamento, controle e avaliação, ciência e tecnologia, formação de profissionais, infraestrutura de TI. Esta 'esperança' decorre do fato de que a 'Metodologia Ripsa' propicia uma visão abrangente das iniciativas em curso por envolver diferentes instâncias, setores e instituições que poderão se articular.

3ª. Dimensão:

A preocupação com a sustentabilidade e estabilidade no direcionamento das ações é comum aos estados. A RIPSANacional é apoiada financeiramente com recursos do Ministério da Saúde administrados com base em Termo de Cooperação com a Representação da OPAS no Brasil. Essa parceria tem se mostrado estratégica para assegurar os mecanismos de operação da Rede, reduzindo o efeito de mudanças institucionais que ponham em risco a continuidade das ações. Entretanto, nenhuma SES optou por estabelecer convênio com instituição externa para que, em caso de mudança em sua gestão, possa ser mobilizado mecanismo que minimize o impacto negativo no caso da Ripsa deixar de ser prioridade da SES.

Observa-se de que não se trata de sustentabilidade financeira, pois os recursos da Ripsa Nacional arcam com os principais gastos: passagens e diárias. Afinal, um dos pilares da Ripsa é que as instituições partícipes aderem ao processo, sem envolver repasse de recursos, cooperando na realização de produtos de interesse comum, mobilizando seus meios próprios. Trata-se de preocupação de ordem política.

Há clareza entre os participantes das Ripsa/UF de que sempre existe o risco de alteração de rumo na gestão da Saúde. Nesta hipótese, surge a ameaça de emergir resistências a ações de melhoria das informações que possam evidenciar problemas de saúde cuja responsabilidade recaia sobre a gestão deste ou daquele Secretário de Estado e/ou Secretário Municipal de Saúde. Nestas conjunturas, a Lei de Acesso à Informação (LAI - N.º 12.527/2011), que regula o acesso a informações, torna-se um dos instrumentos a ser acionado pela população. Entretanto, há barreiras estruturais – de ordem cultural, política e administrativa – para que gestores de saúde priorizem a produção de evidências sobre sua atuação e nelas baseiem o planejamento de sua ação. Resulta que as decisões políticas seguem prescindindo de informação sistematizada, sem estímulo para investir em sua melhoria.

4ª. Dimensão

Com o apoio político do CONASS e CONASEMS, os cinco estados defendem o direito republicano da autonomia na condução das ações da RIPSANa UF. Ao mesmo tempo, preocupam-se em garantir a adesão aos princípios da 'Metodologia Ripsa' e a compatibilização dos valores para os mesmos indicadores e dados básicos (IDB), quer produzidos nos estados quer pela RIPSANacional.

Todos estão convictos de que a credibilidade na qualidade das informações produzidas pela RIPSANacional estaria ameaçada caso fosse publicado, por exemplo, valores diferentes para a taxa de mortalidade infantil, em um mesmo estado e período. Este binômio – autonomia / compatibilização demarca uma leve linha de tensão permanente na relação da Ripsa Nacional com as Ripsa em cada estado. A cada novo desafio, dificuldade, problema que surgem no decorrer do processo, esta tensão volta à tona. Até 2012, último ano do estudo, esta tema tem sido encaminhado ancorando-se na própria metodologia da ripsa: nos fóruns colegiados, com o exercício de argumentações que sustentem posições até o alcance do consenso em torno da melhor solução possível.

Enfim, é um aprendizado contínuo, cuja linha divisória nem sempre está clara. A dinâmica adotada denota flexibilidade frente às especificidades dos estados, sem abrir mão dos princípios e qualidade que caracterizam a Ripsa.

5ª. Dimensão

Pela própria concepção da Metodologia Ripsa, esta não deve guardar exterioridade ao que acontece no interior das instituições envolvidas. A agenda da RIPSa em cada UF, portanto, deve estar coerente com as ações institucionais de ITIS, pelo menos, das SES que coordenam a Ripsa/UF. Todavia, observou-se a ocorrência de situações em que as próprias ações do Ministério da Saúde fortalecem ações isoladas, fragmentadas, que 'atropelam' o movimento de construção de uma nova cultura de integração. Há que se destacar que a RIPSa emerge como tentativa de superação desse quadro, mas há uma história cristalizada, presente nas estruturas organizacionais, em que os dispositivos de governo, em geral, se voltam para atender demandas 'específicas de seu setor', o que dilui os esforços de articulação.

Especificidades nas Ripsa/UF.

Nos Estados UF2, UF3 e UF5, foram instituídos processos de trabalho regulares e realizados produtos de forma continuada. Na UF4, houve um trabalho inicial promissor, mas sem continuidade. Ainda em 2008, a UF1 avançou nas primeiras providências necessárias, mas o processo só está sendo restabelecido em 2012.

Nos cinco estados, com variações na intensidade e forma, a análise evidenciou que há a preocupação em cumprir a 'Metodologia Ripsa', sintetizada em seu slogan: Produzir Conhecimento para a Ação. Como ilustração desta constatação, transcreve-se trecho da Portaria de constituição da Ripsa na UF5:

"A RIPSa XXXX tem como perspectivas intensificar os processos de integração institucional para a qualificação da informação; incorporar a cultura do uso da informação no processo de decisão e planejamento e internalizar a cultura de disseminação da informação nas instituições. Para tal, tem como objetivos: Apoiar o aprimoramento das informações que farão parte do Pacto pela Saúde, que impõe novos desafios para os gestores e profissionais de saúde e para o controle; Congregar os esforços e recursos existentes e potenciais na área da informação; Mobilizar recursos para a busca da melhoria da qualidade dos registros de dados, desde o nível local de cada unidade de saúde; Contribuir para o fortalecimento da gestão estadual da informação e da capacidade técnica das equipes de informação em saúde da SES e SMS, com processos de Educação Permanente."

Nas UF2, UF3 e UF5, observou-se que as ações implementadas eram precedidas por iniciativas voltadas para o estabelecimento de parcerias e promoção da descentralização com participação efetiva dos municípios. Estes processos coletivos visam definir metodologias que qualifiquem os resultados e legitimem os dados disponibilizados.

Na UF5, sobressai a busca por integração com a área de Vigilância em Saúde e com os colegiados regionais no processo de análise da informação, colocada a serviço do planejamento participativo lá existente e o alcance de metas. Caracteriza-se pelo esforço em romper processos decisórios de centralização da análise e uso das informações, bem como na discussão da importância dos indicadores de saúde para a gestão.

Nas três UF destacadas, houve avanços no desafio da formação de equipes de ITIS, através de diferentes formas, como a inserção de conteúdos de informação em saúde nos cursos de

capacitação da SES e a realização de cursos de pós-graduação na área de informação em saúde como o de Planejamento, Gestão e Informação em Saúde, criado pela Escola de Saúde Pública da SES/UF5.

Nas cinco UF, há claro direcionamento no sentido de consolidar as conquistas já alcançadas, superar as limitações identificadas e seguir adiante com ações que propiciem: (i) a análise permanente da situação de saúde incorporada ao processo decisório cotidiano das SES e SMS; (ii) a melhoria da qualidade de informações úteis e relevantes para a tomada de decisão e o exercício do controle social; e (iii) o fomento de processos formadores para o fortalecimento das equipes de ITIS.

A análise do material coletado (documentação e observação participante) aponta vários fatores como determinantes para as diferenças observadas, tais como: as condições de apoio político-institucional das autoridades estaduais; a dinâmica organizacional interna da Secretaria Estadual de Saúde; a existência e envolvimento de instituições externas aderentes e tecnicamente capacitadas; as características das fontes de informação disponíveis no estado; e as possibilidades de apoio da Ripsa Nacional. Quanto a este último, os problemas existentes estão em parte relacionados a dificuldades de apoio ágil da Ripsa Nacional para a indispensável compatibilização de processos e produtos de trabalho entre os entes federados.

Principalmente no âmbito do CTI EST, que tem dentre seus componentes as coordenações das cinco RIPSAs/UF, os entraves para consolidar a metodologia Ripsa/UF e a produção de Indicadores e Dados Básicos (IDB) estaduais se constituem tema recorrente em que, de forma franca e aberta, são construídas as estratégias de superação. Apesar de situações peculiares a cada Estado, identificou-se a existência de entraves críticos comuns para que a Ripsa se desenvolva a contento, por exemplo, a necessidade de intensivo e permanente processo de formação de equipes de ITIS abrangendo nível técnico, especialização e mestrado profissional.

No período do estudo, há evidências de concordância de que o esforço colaborativo, realizado no âmbito da RIPSAs/UF, deu e está dando bons frutos e deve ser fortalecido. No entanto, permanecem sinais preocupantes para a sua continuidade, mesmo nos Estados que mais avançaram, considerando-a como inovação na gestão da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde no âmbito do SUS.

Os coordenadores estaduais das Ripsas/UF têm dificuldade de comprometer outros segmentos das Secretarias de Saúde incumbidos de políticas institucionais do setor na área de informação, como a construção e acompanhamento dos indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP); a construção do mapa da saúde; a implantação do registro eletrônico em saúde; e a realização de análises de situação de saúde. Os recursos técnicos que as secretarias estaduais de saúde dispõem para a área de informação são absorvidos por essas demandas, consideradas prioritárias que, muitas vezes, concorrem entre si, no mesmo espaço institucional. Como os processos correspondentes são fomentados por órgãos específicos do Ministério da Saúde, sua compatibilização torna-se ainda mais difícil. Nesse cenário, a Ripsa estadual tem encontrado dificuldades para 'harmonizar' tais prioridades em um processo de trabalho coletivo, embora elas sejam implícitas aos propósitos da Rede.

A falta de unidade interna, por sua vez, compromete a liderança da Secretaria Estadual de Saúde como coordenadora de uma Rede interinstitucional de composição abrangente, para a qual atores externos (órgãos setoriais, universidades, governos municipais e outros) deveriam cooperar. Isso se expressa em afirmações tais como "as universidades não participam da Ripsa".

Uma das consequências observada deste quadro é a dificuldade por elaborar o produto considerado mais importante e emblemático da Ripsa: Indicadores e Dados Básicos/IDB-UF. Sua finalização tende a recair inteiramente sobre uma equipe técnica reduzida da SES – em alguns casos, sobre o próprio coordenador estadual, o que contradiz o princípio essencial da Ripsa. Tal sobrecarga compromete a gestão da própria Rede, como também a realização de outros importantes produtos esperados.

Os componentes do CTI EST enfatizam em diferentes documentos e fóruns que a Ripsa não pode ser entendida como mais uma iniciativa que disputa recursos e *status* de prioridade política junto aos gestores. Sua concepção e pressupostos a situam no plano estratégico da gestão, como processo que visa selecionar, qualificar, legitimar institucionalmente e analisar informações subsidiárias à formulação de políticas para o setor. O IDB constitui uma síntese consensual do quadro geral da saúde, elaborada coletivamente, contemplando contribuições de todas as iniciativas na área de informação. Não se trata, portanto, de uma visão segmentada da saúde ou concorrente com outras publicações da Secretaria.

A experiência de construção do IDB estadual evidenciou novas e importantes dificuldades técnicas e metodológicas. Produzir informações destinadas a subsidiar a gestão estadual e a municipal da saúde é um desafio que não se restringe a desagregar indicadores nacionais já definidos. Trata-se de decidir sobre que indicadores são prioritários para esse fim, sobre a aplicabilidade desses indicadores a numerosos municípios, em sua maioria de pequeno porte, e também sobre o uso de fontes de informação alternativas.

Ou seja, a Ripsa se defronta com um novo desafio: compatibilizar indicadores municipais, estaduais e nacionais, em série histórica. Tarefa essa de grande envergadura, a exigir (i) o intercâmbio contínuo de experiências, de resultados e de propostas metodológicas pensadas nos diferentes níveis; (ii) a revisão de critérios e metodologias para qualificar indicadores; (iii) a realização de estudos e pesquisas aplicadas a esses fins; e (iv) o desenvolvimento de tecnologias que permitam a produção e validação compartilhadas de indicadores.

Pelos resultados encontrados, para que a Ripsa em cada Estado se efetive como alternativa inovadora na gestão da ITIS é necessário que seu desenvolvimento se dê como parte de um processo nacional, que envolve as três esferas de governo. Grande parte dos problemas enfrentados nos cinco Estados dificilmente será superada sem apoio decisivo da Ripsa Nacional.

A implantação efetiva da "Ripsa no Estado" demanda um período de amadurecimento, e as lições extraídas do processo precisam ser incorporadas à dinâmica de atuação da Ripsa nacional. Ou seja, observa-se que o CTI "Ripsa no Estado" exerce uma função estratégica essencial e de médio prazo. Os Comitês Nacionais de Gestão de Indicadores (CGI) cumprem o compromisso de garantir a credibilidade na qualidade do IDB, tanto nacional quanto os estaduais e, para tal, enfrentam problemas técnicos para os quais as alternativas metodológicas existentes nem sempre são suficientes: há de se produzir conhecimento novo! A Secretaria Técnica detém a responsabilidade de garantir a factibilidade e as articulações, com a difícil tarefa de 'costurar as pontas' que às vezes se soltam pelo movimento, historicamente determinado, da dispersão, da atomização das ações, a começar pelo interior do Ministério da Saúde.

À coordenação nacional da RIPSAs, no momento exercida pela SGEP/MS, cabe importante função política tanto interna no Ministério da Saúde, quanto e principalmente no fomento à cooperação e articulações junto ao Conass, Conasems, aos Secretários de Estado e Municipais de Saúde, aos órgãos extra setoriais, como o IBGE. Esta condução política é indelegável e *sine qua non* para que a RIPSAs se consolide como um novo marco na gestão da ITIS.

CONCLUSÃO

A iniciativa "Ripsa no Estado" significa uma nova dimensão e um desafio adicional aos propósitos originais a exigir maior capacidade de resposta da Ripsa Nacional. As dificuldades atualmente enfrentadas nos cinco estados do primeiro ciclo fomentam incertezas sobre a pertinência de implantação da Ripsa em dezessete novos estados que já formalizaram a intenção de aderirem.

Uma Rede com a natureza da Ripsa só pode ser mantida por meio de eficiente processo de gestão, em sua dimensão política, técnica e administrativa-operacional, pois o estímulo à parceria provém principalmente da realização de produtos construídos coletivamente. Cabe lembrar que as instituições participantes aderem voluntariamente à Rede, e que seus representantes assumem compromissos adicionais aos estabelecidos nas entidades de origem, caso não sejam incorporados à praxis institucional.

A alimentação dessa complexa dinâmica depende de que as atividades e tarefas planejadas sejam organizadas, acompanhadas, documentadas e avaliadas para que as instâncias da Rede atuem sinergicamente na realização de produtos de interesse comum. Pendências e impasses devem ter solução rápida, para manter o ritmo das ações. Evidenciaram-se limitações estruturais, culturais, políticas, metodológicas e operacionais para que a Ripsa, quer nacional ou estaduais, possa avançar com a celeridade requerida pelo SUS, em face dos complexos problemas de gestão com que se depara.

Entretanto, as evidências também fundamentam a seguinte afirmação: O Brasil construiu uma rara, inovadora, fecunda experiência de gestão da ITIS, tanto em suas potencialidades e virtudes quanto em suas precariedades e limitações. A RIPSa já faz parte do patrimônio de saberes e práticas do SUS. Cada estado, ao seu ritmo político e institucional, aderiu à RIPSa por meio de portarias, atos normativos, decretos, ações trabalhando coletivamente em prol da qualidade da informação em saúde no Brasil para o SUS.

Os desafios que persistem estão incluídos na agenda de atuação tanto da Ripsa Nacional quanto em sua expressão estadual. Não se encontrou evidência de que está sendo realizada análise permanente da situação de saúde incorporada ao processo decisório cotidiano nas três esferas de governo, como também a realização de um projeto comum para os cinco estados de formação das equipes de ITIS. Por outro lado, todas as UF têm se dedicado à produção de IDB estaduais e esforçam-se para garantir a priorização da Ripsa/UF na Agenda do SUS no respectivo estado, com debates nas respectivas CIB e Conselho Estadual de Saúde.

A equipe diretamente vinculada à Ripsa permanece firme, com potencial para induzir mudanças significativas no campo da ITIS no Brasil, trilhando o caminho que leve ao alcance do objetivo finalístico desse amplo processo: Construir conhecimento para ações de melhoria da saúde da população, com a clareza de que para tal a qualidade das informações em saúde utilizadas torna-se condição essencial.

Chega-se, assim, à conclusão de que, apesar das dificuldades sinalizadas, há evidências que configuram a experiência da RIPSa com o potencial de constituir-se em inovação na gestão da ITIS no âmbito do SUS. A RIPSa constitui uma iniciativa meritória e fecunda para contribuir com o desenvolvimento da expertise pública na área da ITIS no Brasil. Esta se depara com dificuldades estruturais e com poderosos interesses do complexo econômico das tecnologias de informação e comunicação pressionando por tornar-se hegemônico no "promissor mercado consumidor de ITI" que representa o SUS. Considera-se que seu principal fator de sucesso é a adoção do trabalho em REDE, tendo por base a consolidação de uma cultura colaborativa entre

instituições e agências partícipes, com o estabelecimento de processo cooperativo por consenso.

Levanta-se a hipótese de que os avanços alcançados e o reconhecimento nacional e internacional obtido se devem a alguns fatores-chave: (i) concepção da iniciativa a partir do conhecimento objetivo da realidade brasileira e da experiência acumulada nessa área; (ii) organização de processo de trabalho transparente e participativo, envolvendo os principais atores institucionais; (iii) desenvolvimento de um produto coletivo de qualidade reconhecida, o IDB; (iv) não interferência na dinâmica gerencial das instituições participantes; (v) construção de parcerias institucionais estáveis e comprometidas com o processo de articulação; (vi) conformação de um núcleo de representantes institucionais qualificados; (vii) documentação dos processos de trabalho, consolidando avanços; e (viii) capacidade de adaptação a novas realidades institucionais, atualizando propostas de trabalho e instrumentos legais de sustentação.

Tais fatores permitiram a continuidade dos esforços, em meio a frequentes mudanças de rumo na gestão de programas e ações de saúde na esfera federal da direção do SUS. O esforço de cooperação, o respeito aos consensos estabelecidos e fortes alianças profissionais mantiveram viva a RIPSAs. Constituem características reproduzíveis em outras conjunturas ou são aspectos contextualizados?

Há que reconhecer que a natureza do processo RIPSAs não favorece a indução de reformas rápidas na área de informação e tecnologia de informação em saúde. Propende à consolidação gradual de resultados, pois atua a partir de adesões voluntárias, faz recomendações que se impõem por meio da qualidade de seus produtos e, acima de tudo, preconiza um novo *modus faciendi* na dinâmica dos dispositivos do Estado brasileiro: é contra hegemônica. Portanto, é necessário respeitar o ritmo de cada parceiro, realizando recuos estratégicos até o momento mais oportuno. Processos desse tipo requerem mediadores persistentes, dedicados, paciência histórica e, acima de tudo, esperança e encantamento pelo novo em construção, sob a égide da solidariedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

BATH, P. Data mining in health and medical information. **Annual Review of Information Science and Technology**, UK, v.38, p. 331-269, 2003.

BEZERRA, H. D. Atores Políticos, Informação e Democracia. **Opinião Pública**, Campinas, v.14, n. 2, p. 414-431, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/op/v14n2/06.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política I**. Brasília: Editora UNB, 1998.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n1/15.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.

DARHENDORF, R. **Sociedade e Liberdade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

GOMES, L. R. O consenso na teoria do agir comunicativo de Habermas e suas implicações para a educação. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

- HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. Vol. 1.
- KANT, I. *Crítica da Razão Pura*. São Paulo: Editora Nova Cultural, Coleção Os Pensadores, 1996.
- MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/16.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.
- MARTELETO, R.M. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 576-579, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/07.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.
- MARTINO, F.S. Análises dos sistemas de informação e proposta de indicadores de saúde bucal a serem utilizados pelos municípios da região de Osasco, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MORAES, I.H.S. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MORAES, I.H.S. **Política, tecnologia e informação em saúde - a utopia da emancipação**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.
- MORAES, I.H.S.; GÓMEZ, M.N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/02.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.
- MORAES, I.H.S.; VEIGA, L.; VASCONCELLOS, M.M.; SANTOS, S.F.R. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):879-888, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/23.pdf>
- Acesso em 01 jun. 2013.
- RISI Jr, JB. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. IN: Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2 v. – Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009
- RISI JR, J.B. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1049-1053, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32340.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.
- SIEBNEICHLER, F. B. Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/19.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.
- SOUZA, V.L. Prática participativa em um Conselho Municipal de Saúde: resultado da apropriação de informação e da incorporação de 'capital social'? Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2011, 125f.

VASCONCELLOS, M.M; MORAES, I.H.S; LEAL M.T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Revista Saúde em Debate**, n. 61, p. 219-235, 2002.

Recebido 10.06.2013

Aceito 13.08.2013

ⁱBIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - <http://www.scielo.br>.

ⁱⁱ<http://decs.bvs.br/P/decswebp.htm> em 07-04-2013: DeCS - Descritores em Ciências da Saúde: Vocabulário estruturado e trilingue criado pela BIREME para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras.

ⁱⁱⁱOs Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI) são constituídos por proposição da OTI para aprofundar temas complexos, questões metodológicas e operacionais que necessitam de aprofundamento para o amadurecimento dos produtos da rede. Seus integrantes são representantes de instituição componente da RIPSa e especialistas nos temas tratados. Em geral, seu produto final é um relatório de recomendações para deliberação da OTI. Caso o consenso seja estabelecido, torna-se formalmente Recomendação/RIPSa.

^{iv}Mozart de Abreu e Lima compõe a dupla de mentores e artífices da Ripsa.

^vPara cada um dos trabalhos elaborados, o CTI EST adota esta notação numérica por ordem cronológica.

^{vi}Conforme compromisso prévio, os estados não são identificados com as evidências encontradas. No entanto, adota-se a seguinte diferenciação: UF1, UF2, UF3, UF4 e UF5.

^{vii}Moraes, 2002; Cohn et al, 2005; Magalhães, 2007; Moraes et Gómez, 2007; Bezerra, 2008; Risi, 2009; Moraes et al, 2009; Silva et Moraes, 2012.