UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALBA LÚCIA SANTOS PINHEIRO

O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela
gestão da saúde em municípios do sul da Bahia

Ribeirão Preto
2014

ALBA LÚCIA SANTOS PINHEIRO

O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela
gestão da saúde em municípios do sul da Bahia

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Maranhão tendo como associada a Universidade Estadual de Santa Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pinheiro, Alba Lúcia Santos

O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela gestão da saúde em municípios do sul da Bahia.
Ribeirão Preto, 2014.

139 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Ione Carvalho Pinto

1. Sistemas de Informação . 2. Gestão em Saúde. 3.Tomada de Decisões. 4.Gestão do Conhecimento.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos

O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela
gestão da saúde em municípios do sul da Bahia

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovada em ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esse trabalho aos meus Amores que acreditam/acreditaram em mim e em meus sonhos e por sempre torcerem pelo melhor para a minha vida:

Aos meus Pais Radamanto (in memoriam) e Elaine, minha eterna gratidão por me ensinarem bons e importantes valores que contribuíram para ser quem eu sou.

Aos meus Filhos Julia e Antonio, paixões alegres da minha existência, com vocês entendi a sublimação do Amor incondicional.

Ao meu Marido Tadeu pelo amor, apoio, companheirismo e por me incentivar a buscar mais conhecimento.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Ione Carvalho Pinto, que sempre conduziu as relações Professora-Aluna e Orientadora-Orientanda com tanta sabedoria, paciência e atenção. A você, minha querida, rendo meus sinceros agradecimentos e homenagens nessa caminhada rumo à produção de conhecimento.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Bom Deus, fonte inesgotável de infinita bondade, amor, paz e luz, obrigada por me abençoar e conceder essa Vitória na minha Vida.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em nome do Coordenador da Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Professor Pedro Fradimir Palha, pela brilhante condução do DINTER, nos oportunizando uma aprendizagem de Excelência tanto na produção de conhecimento, como em nossa prática cotidiana para o desenvolvimento de uma postura mais condizente com o ideário do SUS, além das contribuições para a tese proporcionadas pela disciplina Políticas de Saúde e como membro da banca do Exame de Qualificação.

À Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em nome das Professoras Roseanne Montargil Rocha, Maridalva Souza Penteado e da Magnífica Reitora Professora Adélia Maria Carvalho Pinheiro e a Professora Elba Gomide Mochel da Universidade Federal do Maranhão, por viabilizar o DINTER e nos proporcionar as condições necessárias para que aproveitássemos ao máximo esse desafio e crescimento profissional e pessoal.

À Professora Aline Aparecida Monroe, pelo aprendizado na disciplina Políticas de Saúde, pelas contribuições e sugestões significativas por ocasião do Exame de Qualificação.

À Professora Vitória Solange Coelho Ferreira, Querida Colega da UESC e Amiga por admirar-te como pessoa e Mestre, por acreditar no meu potencial me incentivando para a pesquisa.

Às minhas Irmãs e Irmão pela alegria e orgulho que sinto de vocês, em particular pelas Queridas Alda e Silvia, irmãs mais próximas. Nunca disse, mas acho que sempre há tempo para dizer: amo todos vocês!

AGRADECIMENTOS

Aos Gestores que participaram da pesquisa, que dedicaram um pouco do seu precioso tempo e compartilharam comigo as suas práticas e saberes, se mostrando disponíveis a colaborar com o nosso estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, edital 005/2009 Ação Novas Fronteiras da CAPES/MEC.

Às colegas da 7ª Diretoria Regional de Saúde, principalmente a Leda e Karisia pelo apoio no sentido de não ter medido esforços por ocasião das solicitações de autorizações às Secretarias Municipais de Saúde para a realização da pesquisa.

Aos Colegas do DINTER tanto da UFMA (Ilana, Andrea, Liscia, Flávia, Marcelino, Serlijane, Jusciléia e Poliana), quanto da UESC: Carlinha, Ana Paula, Ana Fontes, Fabrício, Ricardo, em particular a Flavinha que tive a satisfação de conhecer melhor e admirá-la a cada dia.

À Querida Dejeane, pelo apoio, coleguismo, confiança e amizade.

À colega de disciplina da UESC Regina pela atenção de sempre e pelo apoio nesse período do doutorado.

Aos meus enteados João e Ana e à Mãe deles, Marcia, pela demonstração constante de respeito, amizade e acolhimento.

Às colegas orientandas da Professora Ione, Fabiana, Mariana, Tânia, Brisa e Denise pela disposição em me ajudar sempre em Ribeirão Preto, em especial pelo apoio de Fabi na finalização de tese.

À D. Fabiana, Alda e Peu por cuidarem do meu Antonio nos momentos da minha ausência.

À Shirley, secretária da Pós-Graduação pela atenção e competência demonstradas em sua função.

A todas as Pessoas que de alguma forma contribuíram para que essa Vitória fosse exequível.

*“Cresci sob um teto sossegado,
meu sonho era um pequenino sonho meu.
Na ciência dos cuidados fui treinado.*

*Agora, entre meu ser e o ser alheio
a linha de fronteira se rompeu”.*

Walcy Salomão

PINHEIRO, A.L.S. **O uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão pela gestão da saúde em municípios do sul da Bahia.** 2014. 139 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

RESUMO

As informações em saúde constituem recursos primordiais para o desenvolvimento do conhecimento e para a inovação em saúde, sendo essenciais para guiar as políticas, o planejamento, a avaliação e subsidiar o processo decisório. O objetivo geral do estudo foi analisar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no processo de tomada de decisão pela gestão da saúde em municípios do sul da Bahia. Utilizou-se como referencial teórico a Gestão do Conhecimento, que possui como foco a estruturação de pessoas, processos e tecnologia para o alcance dos objetivos organizacionais. Trata-se de um estudo qualitativo, cujos sujeitos foram 16 secretários de saúde. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e de formulário com roteiro aplicado a documentos, ambos submetidos à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Dois temas emergiram das análises: “A Gestão em Saúde: um olhar na perspectiva do uso dos SIS”, dividido em três subtemas inerentes às dimensões Pessoa, Processo e Tecnologia. A segunda unidade temática, “O uso dos SIS pela gestão da saúde: o contexto de documentos”, concentrou-se na análise de documentos e foi dividida em duas subcategorias: “A potência do uso dos SIS para nortear as análises da situação de saúde: desafios para a gestão” e “Os distintos atores estão empoderados pelas Informações para a priorização de problemas e para a tomada de decisão?”. Os principais resultados das subcategorias foram os seguintes: a dimensão pessoa apontou que os gestores não utilizam todo potencial dos SIS; há o envolvimento de diversos atores na decisão e, em contraponto, os gestores enfatizaram o papel cartorial dos conselhos; os gestores possuem experiência acumulada para tomada de decisão; há número reduzido de qualificações para utilização dos SIS. A subcategoria processo evidenciou que gestões buscam implementar inovação, mesmo que de forma incipiente, e que há um déficit na estrutura e em certos recursos para que os SIS possam funcionar bem. A subcategoria Tecnologia destacou os vários SIS utilizados na prática cotidiana. Alguns gestores sinalizaram dificuldade quando ocorre a implantação de um sistema novo; um dos obstáculos enfrentados é o acesso à Internet. O primeiro subtema da análise documental apontou alguns dos SIS mais evidenciados pelos documentos: SIAB, SIM, SI-PNI. As análises empreendidas pelos municípios revelaram uso de números absolutos e indicadores tradicionais. Antes da implantação do SARGSUS, todos os Relatórios de Gestão usaram ao menos cinco SIS para as análises, e após uso, três. No contexto dos Projetos dos NASF, apenas um município usou mais de quatro SIS, com ênfase no SIAB. O segundo subtema da segunda categoria revelou que os conselhos pouco aparecem nas equipes de elaboração dos documentos, embora haja registros da aprovação pelos conselheiros. Assim, concluímos que a gestão da saúde deve buscar métodos inovadores para uma prática mais implicada e transformadora. Devem-se ultrapassar os limites das informações puramente técnicas para a tomada de decisão, como forma de alcançar um conhecimento inscrito no diálogo e em saberes de distintos atores, possibilitando, enfim, ressignificações da

informação e do conhecimento que contribuam para a sua utilização em diferentes situações.

Palavras-chave: Sistemas de Informação. Gestão em Saúde. Tomada de Decisões. Gestão do Conhecimento.

PINHEIRO, A.L.S. **The use of information systems in the decision making for the health management from several cities in South of Bahia.** 2014. 139 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

ABSTRACT

Information on health constitutes paramount resources to knowledge development and to health innovation, and it is essential to guide policies, planning, and evaluation and to support the decision-making process. The general aim of this study was to analyze the use of Health Information Systems (HIS) in the decision-making process by the health management from several cities located in southern Bahia. Knowledge Management was used as theoretical framework, since it focuses on the structuring of people, processes and technology in order to achieve organizational objectives. It is a qualitative study, whose subjects were 16 secretaries of health. The data were collected through semi-structured interviews and a form with script applied to documents, both subjected to content analysis technique, thematic modality. Two topics emerged from the analysis, the first was "Health Management: a look at the perspective of HIS' uses" and it was divided into three sub-topics inherent to the dimensions Person, Process and Technology. The second thematic unity is devoted to document analysis, "HIS' use made by the health management: document context", which was divided into two subcategories: "The power of HIS' use to guide health situation analysis: management challenges" and "Are the different actors empowered by information, so as to prioritize results and to make decisions?" The subcategories had the following main results: the Person dimension indicated that the managers do not use all HIS potential; they showed there is an involvement of several actors in the decision and, oppositely, the managers referred to the council's notorial role; it was highlighted they possess gained experience to the decision-making process; they signalized there is a reduced number of qualifications to HIS' use. The Process subcategory made evident that managements aim to implement innovation, even if in an incipient way; they also emphasized there is a lack in structure and in some resources so as to the properly HIS work. The Technology subcategory pointed out a number of HIS used in the daily practice. Some managers highlighted the difficulty that happens, when a new system is established; one obstacle is the Internet access. The first subtopic from the documental analysis indicated that the documents' most featured HIS are SIAB, SIM, SI-PNI and others. The analysis undertook by the cities revealed the use of absolute numbers and of traditional indicators. Before SARGSUS' implantation, all Management Reports employed less than five HIS to the analysis, and after that, they used three; among the HIS used in NASF's Projects, only one city utilized more than four, with an emphasis on SIAB. The second subtopic from the second category disclosed that the council little appears in the document-development teams, but there are records that show the counselors' approval. Thus, the health management should seek innovative methods to a more involved and transforming practice, overcoming the boundaries of merely technical information to the decision-making process, in order to achieve an understanding based on dialogue and on knowledge from numerous actors, making possible to re-signify information and knowledge that contribute to their utilization in different contexts.

Keywords: Information Systems. Health Manager. Decision Making. Knowledge Management.

PINHEIRO, A.L.S. **El uso de sistemas de información para la toma de decisión por la gestión de la salud en el sur de Bahia**. 2014. 139 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

RESUMEN

Las informaciones en salud son recursos primordiales para el desarrollo del conocimiento, para la innovación en salud, esenciales para guiar las políticas, la planificación, la evaluación y subsidiar el proceso decisorio. El objetivo del estudio fue analizar la utilización de los Sistemas de Información en Salud (SIS) en el proceso de toma de decisión por la gestión de la salud en el sur de Bahia. El referencial teórico fue la Gestión del Conocimiento, que posee como enfoque la estructuración de personas, procesos y tecnología para el alcance de los objetivos organizacionales. Estudio cualitativo, cuyos sujetos fueron 16 secretarios de salud. Los datos fueron recogidos a través de cita semi estructurada, formulario con guión aplicado a documentos, ambos sometidos a la técnica de análisis de contenido modalidad temática. Dos temas emergieron de los análisis: “La Gestión en Salud: una mirada a la perspectiva del uso de los SIS” dividida en tres subtemas: dimensiones Persona; Proceso y Tecnología. La segunda unidad se ocupó del análisis documental “El uso de los SIS por la gestión de la salud: el contexto de documentos, dividida en dos subcategorías “La potencia del uso de los SIS para nortear los análisis de la situación de salud: desafíos para la gestión” y ¿“Los distintos actores están empoderados por las informaciones, priorización de problemas y la toma de decisión?” Las subcategorías tuvieron como resultados: la dimensión persona apuntó que los gestores no utilizan todo potencial de los SIS; hay la implicación de diversos actores en la decisión y en contrapunto gestores refirieron el papel de la exigencia documental de los consejos; destacaron poseer experiencia acumulada para toma de decisión; señalaron número reducido de calificaciones para utilización de los SIS. La subcategoría Proceso evidenció que la gestión busca implementar la innovación, aunque de forma incipiente, destacan el déficit en la estructura y recursos, para que los SIS funcionen bien. La subcategoría Tecnología destacó los SIS utilizados cotidianamente, algunos gestores señalaron dificultades cuando ocurre la implantación de un sistema nuevo, uno de los obstáculos es acceso al Internet. El primero subtema del análisis documental apuntó los SIS más evidenciados por los documentos: SIAB, SIM, SI-PNI y otros. Los análisis emprendidos por los municipios revelaron uso de números absolutos e indicadores tradicionales. Antes de la implantación del SARGSUS todos Informes de Gestión usaron al menos cinco SIS para los análisis y después de uso tres; los SIS utilizados en los Proyectos de los NASF, un municipio usó más de cuatro, énfasis en el SIAB. El segundo subtema de la segunda categoría reveló que los consejos poco aparecen en el equipo de elaboración de los documentos, todavía hay registro de la aprobación por los consejeros. Así, la gestión de la salud debe buscar métodos innovadores para una práctica implicada y transformadora, ultrapasando los límites de las informaciones técnicas para la toma de decisión, para alcanzar un conocimiento inscrito en el diálogo y saberes de distinguidos actores para posibilitar nuevos significados a la información y del conocimiento que contribuya para su utilización en distintas situaciones.

Palabras-clave: Sistemas de Información. Gestión en salud. Toma de Decisiones. Gestión del Conocimiento

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Diagrama sobre a utilização dos SIS e o ciclo dos diferentes momentos a serem galgados durante a transformação de dados em ação, pensados a partir de Pinto et al (2010) e Ferla; Cecim e Alba (2012).577
- Figura 2 - Mapa do Estado da Bahia. Destaque em amarelo da região de saúde – Itabuna.755

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Algumas características das Normas Operacionais do SUS e Pacto pela Saúde.....	28
Quadro 2 - Síntese dos materiais bibliográficos sobre “Sistemas de Informação”, “Gestão em Saúde”, “Tomada de Decisão” e Gestão do Conhecimento publicados no período de 2010 e 2011.	51
Quadro 3 - Síntese dos materiais bibliográficos sobre “Sistemas de Informação”, “Gestão em Saúde”, “Tomada de Decisão” e Gestão do Conhecimento publicados no período de 2012 a 2014*	52
Quadro 4 - Sete Alavancas do Conhecimento.	60
Quadro 5 - Informações dos municípios envolvidos no estudo por ordem alfabética.	75
Quadro 6 - Síntese do Perfil dos 16 gestores participantes da pesquisa em números absolutos (nº).	77
Quadro 7 - Documentos disponibilizados pelos municípios (nomes fictícios) que foram submetidos à coleta de dados e análise.	80
Quadro 8 - Síntese dos SIS mais utilizados e indicadores mais frequentes nos Planos municipais de Saúde.	1077
Quadro 9 - Síntese dos SIS e tipo de análise empreendida nos Relatórios Anuais de Gestão (antes e depois do uso do SARGSUS) de quatro municípios do sul da Bahia-Brasil.	1100
Quadro 10 - Síntese dos SIS, indicadores e tipo de análise empreendida nos Projetos para Implantação do NASF de quatro municípios do sul da Bahia-Brasil.....	1122
Quadro 11 - Síntese dos problemas, tomada de decisão e participação social nos Planos municipais de Saúde.	1155

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPD	Central de Processamento de Dados
DATASUS	Departamento de Informática e Informação do SUS
DDA	Doença Diarréica Aguda
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
ERRP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GC	Gestão do Conhecimento
GRI	Gerência de Recursos Informacionais
HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
KM	Knowledge Management
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OKA	Organizational Knowledge Assessment
OPS	Organização Panamericana de Saúde

PA	Protocolo Assistencial
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PORT.	Portaria
RAG	Relatório Anual de Gestão
RES.	Resolução
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Orçamento Público em Saúde
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação da Câncer
SISMOB	Sistema de Informação de Monitoramento de Obras
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação

SISVAN	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TX	Taxa
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UBS	Unidade Básica em Saúde
UNPAN	United Nations Public Administration Network
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	25
1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE: DESDOBRAMENTOS SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO NA GESTÃO DA SAÚDE	25
1.2 A GESTÃO DA SAÚDE IMPLICADA EM TRABALHAR SOBRE BASES MAIS CONSISTENTES: OS SIS COMO FERRAMENTA PARA O PROCESSO DECISÓRIO.	34
1.3 JUSTIFICATIVA	49
1.4 OBJETIVOS	54
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	55
2.1. GESTÃO DO CONHECIMENTO: AS INFORMAÇÕES, O COMPARTILHAMENTO E O USO DO CONHECIMENTO	55
2.2 A GC NA GESTÃO DA SAÚDE E A ADOÇÃO DE PRÁTICAS INOVADORAS	67
3 PERCURSO METODOLÓGICO	72
3.1. TIPO DE ESTUDO	72
3.2. CAMPO	74
3.3. SUJEITOS	76
3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	78
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	81
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	84
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
4.1. A GESTÃO EM SAÚDE: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DO USO DOS SIS	86
4.1.1 A gestão em saúde, a produção de informações, uso e compartilhamento de conhecimento para a decisão: dimensão pessoa	86
4.1.2 Interloquções entre o uso dos SIS e as práticas da gestão em saúde: dimensão processo	94
4.1.3 Usos da informação aplicada à gestão em saúde: dimensão tecnologia .	98
4.2 O USO DOS SIS PELA GESTÃO DA SAÚDE: O CONTEXTO DOS DOCUMENTOS	105

4.2.1 A potência do uso dos SIS para nortear as análises da situação de saúde: desafios para a gestão	106
4.2.2 Os distintos atores estão empoderados pelos SIS para a priorização de problemas e para a tomada de decisão?	114
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE A	133
APÊNDICE B	135
APÊNDICE C	136
APÊNDICE D	138

APRESENTAÇÃO

No contexto atual, em que a velocidade de informação e o avanço tecnológico acontecem de maneira muito dinâmica, o serviço público, em especial, não pode prescindir de uma constante atualização, de uma nova atitude profissional e novas formas de gerir, de modo a enfrentar os permanentes desafios desta conjuntura. Nesse sentido, os gestores públicos precisam buscar soluções e ao mesmo tempo dar respostas para os desafios da saúde, pois os problemas estão no seu cotidiano e as demandas se avolumam. Caso não haja uma atitude mais propositiva e assertiva, tal situação pode acabar conduzindo a uma baixa capacidade resolutive.

Na atual conjuntura, falar de crise na saúde remete também à crise de gestão. Desta forma, os desafios constituem obstáculos para a materialização dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade em ações efetivas na prática cotidiana de produção da política de saúde para os cidadãos, o que exige bases mais sólidas e integradas de organização do cuidado, planejamento, gestão de pessoas e recursos e governança definidas a partir da renovação dos fundamentos da Reforma Sanitária. Cabe ao gestor (re)pensar suas práticas, desenvolver maior capacidade de manipulação e flexibilidade da informação e do conhecimento e buscar tornar a sua gestão mais apta a intervir na realidade, com maior competência e buscando tomar decisões que maximizem a saúde.

Este estudo tem como objeto o uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como ferramenta para a tomada de decisão pela gestão da saúde em municípios do sul da Bahia. Como forma de disparar reflexões e a discussão, utilizo, principalmente, a concepção da Gestão do Conhecimento em organizações públicas, pois se trata de um método que possibilita apoiar as organizações no enfrentamento de novos desafios: implementar práticas inovadoras de gestão e melhorar a qualidade dos processos, produtos e serviços públicos em benefício do cidadão-usuário e da sociedade.

Nesse contexto, a informação é um meio necessário para construir, produzir e disseminar conhecimento, além de enfatizar a importância de se reconhecer a

necessidade de obter esse conhecimento e utilizá-lo no processo de tomada de decisões e solução de problemas nas organizações.

A organização tornar-se-á mais dinâmica, quanto melhores e mais adequadas forem as informações de que os gestores dispuserem para as suas tomadas de decisão. Nesta direção, encontra-se a relevância dos Sistemas de Informações, que pode ser medida pelo emprego dado às suas saídas e pela qualidade delas, como determinantes para a qualidade das ações (CASSARRO, 2011). Entendo que apesar do volume de informações de que o gestor público possa ser detentor, elas poderão, por si só, não ser suficientes para que o processo de decisão produza os resultados esperados.

De todo o modo, tem-se que no momento que um profissional em ato se apropria das tarefas e das responsabilidades da gestão transforma-se, assim, numa opção pela tomada de decisão constante. Todo o agir da gestão inerente à disponibilidade ou não de informações como ferramenta para a tomada de decisão é o que me motivou a optar por esta temática que marca e marcou a minha trajetória profissional, a qual descrevo um breve relato na sequência.

Após aprovação em concurso público da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no ano de 1993 passei a trabalhar como enfermeira na atenção básica de um município da área de abrangência da 7ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), onde atuava em diversos programas verticalizados no qual havia necessidade de coletar dados a partir de diversos formulários. Posteriormente, a partir da vigência da NOB/93, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi descentralizada para a gestão municipal e fui transferida para o nível central da DIRES. A partir de então, e até o ano de 2008, acompanhei *pari passu* a evolução na área de saúde dos municípios da região que tem como cidade-pólo Itabuna.

Entre os anos de 1997 a 2002, assumi a coordenação dos SIS da 7ª DIRES da SESAB. Dessa maneira, a motivação pela escolha desse tema aconteceu quando entendi que os dados podem ser organizados e transformados em informações, que certamente são elementos facilitadores que subsidiam as ações da gestão. Em momentos anteriores, havia atuado tanto na gestão de uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e como enfermeira gerente e assistencial em UBS.

Em ambos os processos de trabalho sempre seguia a orientações verticalizadas da gestão estadual e federal, em detrimento de uma análise crítica da real necessidade de saúde da população daquela área. Baseava, assim, a minha

tomada de decisão na lógica da manutenção do modelo assistencial vigente à época, sem atentar para o fato de que na atenção à saúde as informações eram e são extremamente relevantes à dimensão da atenção à saúde individual, coletiva e de gestão. E, posteriormente, por ocasião do mestrado, trabalhei com o tema da gerência de enfermagem em UBS e o uso dos SIS como instrumento para a tomada de decisão.

Os resultados das análises da dissertação de mestrado revelaram que a informação, em geral, não é utilizada para a decisão e avaliação nas UBS do município de Itabuna. As enfermeiras gerentes em sua prática cotidiana, quando incorporam o uso dos SIS nas suas decisões, ainda o fazem de forma muito incipiente.

Com toda a motivação pela temática, apresento esta pesquisa que está dividida da seguinte forma: inicialmente introduzo o tema com uma contextualização do objeto de estudo que foi desmembrado em dois itens, a saber, “As Políticas de Saúde: desdobramentos sobre o processo decisório na gestão da saúde” e “A gestão em saúde implicada em trabalhar sobre bases mais consistentes: os SIS como ferramenta para o processo decisório”.

Em seguida, apresento os pressupostos, as questões norteadoras, justificativa e objetivos da investigação. Na sequência, há uma explanação da contextualização teórica que foi dividida em duas partes: “Gestão do Conhecimento (GC): as informações, o compartilhamento e o uso do conhecimento” e “A GC na gestão da saúde e a adoção de práticas inovadoras”. Posteriormente, descrevo o percurso metodológico que aborda o tipo de estudo, o campo, os sujeitos e os instrumentos de coleta de dados, como aconteceu a análise dos dados e as considerações éticas; no item seguinte, explico os Resultados e Discussão que foi dividida em dois temas, o primeiro “A Gestão em Saúde: um olhar sobre o uso dos SIS”, que se desenvolve em três categorias temáticas: “A Gestão em Saúde, a produção de informações, uso e compartilhamento de conhecimento para a decisão: dimensão Pessoa”; “Interlocução entre o uso dos SIS e as práticas da gestão em saúde: dimensão Processo”; “Usos da informação aplicada à Gestão em Saúde: dimensão Tecnologia”.

O segundo tema, “O uso dos SIS pela Gestão da Saúde: o contexto de documentos”, foi subdividido em duas categorias temáticas, a saber, “A potência do uso dos SIS para nortear as análises da situação de saúde: desafios para a gestão”

e “Os distintos atores estão empoderados pelos SIS para a priorização de problemas e a tomada de decisão?”. Por fim, exponho as Considerações Finais, as referências e os apêndices.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Na sequência, contextualizamos o objeto de estudo no tempo e no espaço, a sua interlocução com vários elementos e componentes que atravessam e estão imbricados no seu *corpus*. Para a sua construção e delineamento, recorreremos à teorização ao trazer conhecimentos acumulados de diversos autores.

1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE: DESDOBRAMENTOS SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO NA GESTÃO DA SAÚDE

Discutir as políticas de saúde e sua conexão com a gestão e com o processo decisório não é tarefa fácil, visto que o campo da saúde configura-se antes de tudo em uma arena política. Além disso, sabe-se que o estudo das políticas de saúde deve se concretizar em meio às conjunturas econômicas, sociais, políticas do governo e das instituições, desta forma é complexo e desafiador. Nesta abordagem, o esforço despendido consiste em refletir e tentar entender o seguinte aspecto na dinâmica das políticas de saúde: o processo decisório como um dispositivo político que produz relações de diversas ordens no interior dos sistemas de saúde.

Presentemente, no âmbito dessa discussão, pretende-se também empreender um esforço de reflexão na direção das relações entre as políticas de saúde e a descentralização de responsabilidades, limitando-se a discutir os pactos interesferas governamentais que surgiram a partir da instituição das Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta perspectiva, faz-se necessário refletir sobre a lógica intrínseca das políticas de saúde, em que o Estado define que atenção à saúde deseja imprimir. No caso do Brasil, temos o Ministério da Saúde como grande produtor e/ou indutor destas políticas. Não pretendemos aqui trazer toda a evolução histórica das políticas públicas de saúde, porém nos interessa abordar alguns aspectos do “Pacto pela Saúde”, procurando relacioná-los aos desdobramentos das conjunturas políticas de saúde mais recentes e à sua interface com o processo de tomada decisão na gestão municipal de saúde.

Para deflagrar essa reflexão, trouxemos alguns conceitos, como políticas de saúde, gestão e tomada de decisão, que entendemos serem necessários para a

compreensão da articulação pretendida. Paim e Teixeira (2006) compreendem Política de Saúde como uma “resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde e seus determinantes dos indivíduos e das coletividades, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana”.

Lucchesi (2003), por sua vez, percebe a gestão pública como o “espaço de tomada de decisões a partir da mediação entre as necessidades/demandas sociais e a administração dos recursos governamentais disponíveis”. A autora explora o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS como a igualdade de condições e oportunidades entre todas as unidades político-administrativas do Brasil, para a realização dos funcionamentos e para o desenvolvimento das capacidades necessárias à organização e à implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população em cada local.

Segundo Cohn (2006), as dimensões envolvidas no processo de formulação e implementação de políticas seriam a do poder e da racionalidade, que dizem respeito às propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades a fim de fazer frente às necessidades de saúde da população que está sob a responsabilidade do Estado. Neste contexto, a dimensão política é que se destaca nos processos de tomada de decisão, enquanto poder de impor para a sociedade determinadas diretrizes de ação e organização setorial. Entretanto, entende-se que uma decisão de prioridades não pode se fundamentar tão somente em critérios de custo/efetividade, haja vista a sua complexidade.

As relações sobretudo de poder que se estabelecem em torno da política de saúde e que afetam o processo decisório é que definem os planos, programas, estratégias e processos de alocação de recursos. Desse modo, importa refletir e saber em que ponto se decide cada aspecto da política; quem, como, quais e quantas são as etapas de decisão; quais são os limites dos gestores e até onde a sociedade participa neste processo. No âmbito do Sistema Único de Saúde espera-se que o processo decisório seja caracterizado por uma ampla diversidade de arenas e instâncias de pactuação, que objetivam garantir o caráter democrático e participativo das decisões (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Outrossim, acima dos objetivos da política e dos projetos de grupos sociais, devem ser levados em conta os referenciais éticos que orientam as decisões.

Lucchese (2003) garante que todas as agendas da gestão, com vários pontos de conexão e áreas de interface, dão a dimensão da complexidade do ambiente de gestão pública na atualidade. Nesse contexto, Fleury; Ouverney (2008) afirmam que se deve elaborar uma política pública não apenas olhando o que queremos e o que definimos como ideal, mas fundamentalmente procurando compreender que duas ordens de fatores importam: o comportamento da realidade sobre o qual se quer agir e de que forma agiremos sobre ela, embora se entenda que as políticas podem afetar e são afetadas por diversas áreas e relações de várias ordens (econômicas, políticas, culturais).

Com essa compreensão, Fleury; Ouverney (2008) estabelecem que o aspecto instrumental da política de saúde são os princípios e núcleos temáticos, as ações que são realizadas, os resultados almejados, os responsáveis pela sua execução, os indicadores que são utilizados para avaliar sua execução, aspectos de natureza prática, dentre outros. Entendemos assim que a gestão encontra-se implicada principalmente nesse aspecto.

Cohn (2009) enfatiza uma série de desafios, avanços e impasses com os quais o setor saúde está sendo confrontado, e para, além disso, ratifica a defesa do fortalecimento da potência do SUS, onde há necessidade de se (re) pensar a formulação de um projeto de transformação da política e do sistema de saúde, tendo por base a justiça social, a universalidade do direito à saúde, a integralidade e a equidade.

Lucchese (2003) nos esclarece que ocorreram mudanças recentes na gestão pública de saúde no Brasil, que, em parte, se devem ao progressivo fortalecimento das esferas subnacionais (estados e municípios) de governo e no estabelecimento de novas relações intergovernamentais, a saber, na gestão pública da saúde, com suas novas atribuições e competências legais, além disso, na definição de suas responsabilidades específicas no âmbito das estratégias nacionais de descentralização e reorganização da atenção à saúde por meio de Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS e, por último, acrescentamos também a instituição do Pacto pela Saúde, editados pelo Ministério da Saúde.

O federalismo brasileiro apresenta algumas particularidades que merecem destaque por suas implicações na área da saúde. Nesse sentido, cabe destacar o grande peso dos municípios, considerados entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. Por outro lado, a

diversidade dos entes federativos, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, leva a diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, em face da complexidade e das contradições no enfrentamento dessas realidades (OLIVEIRA, 2003).

Em meio a esses fatos, há também uma progressiva autonomia e independência política e financeira dos sistemas locais a partir das crescentes parcelas de recursos federais transferidas direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais. E mais recentemente, houve a definição de um patamar para a aplicação de recursos dos orçamentos públicos (união, estados e municípios) no financiamento das ações e serviços de saúde, conforme regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29.

As normas operacionais básicas de saúde, instrumentos instituídos para a regulação da descentralização do SUS, têm servido principalmente para regulamentar a divisão de responsabilidades entre união, estados e municípios numa tentativa de organizar e operacionalizar o funcionamento do sistema. Além disso, elas estabeleceram os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de recursos. Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, foram publicadas seis normas operacionais que culminaram com o pacto pela saúde (em vigor), do qual destacamos algumas características, de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 1 - Algumas características das Normas Operacionais do SUS e Pacto pela Saúde

Norma/Pacto	Arcabouço jurídico-legal que se apoia	Área de regulação	Característica principal
NOB 91 NOB91 (reeditada)	Resolução 07/01/1991 Res.no273/91	Assistência	Gestão do SUS ainda muito centralizada no nível federal (INAMPS). Municípios: essencialmente gerentes de unidades.
NOB 92	Res.07/02/1992	Assistência	Início do movimento municipalista.
NOB 93	Portaria nº. 545 GMMS	Assistência	Desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena.

NOB 96	Portaria 2.203/1996	Assistência Vigilância sanitária/ epidemioló- gica e controle de doenças	Buscou reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde e aumenta a participação % da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração por serviços ou "pagamento por produção".
NOAS 01/01 NOAS 01/02	Port. 373 de 27/02/2002	Assistência	Reafirmou a priorização da Atenção Básica pelos gestores das três esferas de governo como essencial à organização dos sistemas de saúde e ao processo de regionalização, englobando um conjunto de ações estratégicas mínimas que devem ser ofertadas em todos os municípios do país, independente de seu porte.
PACTO PELA SAÚDE	Port. GM/MS 399/2006. Port.GM/MS 699/2006	Assistência Vigilâncias Gestão	Os gestores do SUS devem assumir o compromisso público da construção do Pacto pela saúde, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará em definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e Pacto da Gestão.

Fonte: (OLIVEIRA, 2003, p. 62) adaptado pela autora.

Conforme Oliveira (2003), observamos no quadro 1 que cada norma operacional tende a reforçar os movimentos positivos provocados pela norma antecedente e ao mesmo tempo busca corrigir problemas identificados na implantação desta. Como resultado desse movimento, as normas têm caráter transitório e são substituídas à medida que o processo de descentralização avança. Entretanto, alguns autores tecem críticas ao processo de descentralização por normas e têm apontado algumas questões quanto à pertinência da continuidade da regulamentação do SUS e é provável que no futuro esse instrumento seja superado.

Como forma de promover o movimento de descentralização, o Ministério da Saúde adota em muitos momentos políticas de incentivos à descentralização, mediante repasse de recursos na medida da habilitação de estados e municípios. Por serem estratégias potentes, em geral, quanto maiores forem os incentivos, mais rápidas são as adesões. Se, por um lado, os incentivos impulsionam municípios e estados a assumirem maiores responsabilidades, por outro, trazem alguns problemas, principalmente porque induzem habilitações apenas cartoriais, sem consequências reais para a (re)organização do sistema (OLIVEIRA, 2003).

De todo o modo, as Normas e posteriormente o Pacto representam um esforço do Ministério da Saúde em aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecer a gestão descentralizada, visando efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar os processos de negociação e pactuação.

No contexto atual, o processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) tem no Pacto pela Saúde a estratégia para um novo pacto federativo. Os aspectos inerentes ao processo de implantação desse pacto precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e as práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS, influenciando de maneira positiva na tomada de decisão (CARVALHO, et al, 2012).

O Pacto pela Saúde é um instrumento que comporta três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – e que tem como finalidade principal a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

O pacto não traz grandes mudanças na estrutura de funcionamento da rede de assistência do SUS, porém apresenta componentes novos como o processo de pactuação entre os gestores, extinguindo o processo de habilitação para estados e municípios. A pactuação preconizada baseia-se principalmente na subsidiariedade, que considera as possibilidades dos gestores de assumirem responsabilidades, não transferindo para outras esferas a execução de ações que podem ser resolvidas em seu âmbito, com cooperação, coesão regional e responsabilização de cada gestor no seu âmbito de atuação (MACHADO; et al, 2009, p.186).

Diante da importância do pacto e das responsabilidades que devem ser assumidas pela gestão, Teixeira (2004) entende que a prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis, coloca um enorme desafio aos gestores: identificar e selecionar os conhecimentos, métodos, técnicas e ferramentas de trabalho que o ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

Gestores de saúde, quando optam por estratégias de condução de mudanças organizacionais, geralmente são direta ou indiretamente influenciados por diferentes maneiras de interpretar a realidade e de promover sua produção (ou reprodução),

enfim, pelas disputas de ideias presentes nos espaços sociais, tendo ou não consciência delas (LINS; CECÍLIO, 2007). Contudo, é importante reconhecer que os desafios atuais da gestão, sobretudo a municipal, exigem um novo posicionamento em relação à utilização da informação nos processos decisórios, de planejamento e da avaliação, de modo a favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, contribuindo de forma efetiva para a consolidação do SUS.

Nesta perspectiva, cabe ao Estado (que, nesse caso, tem como um dos seus principais representantes os gestores da saúde) a formulação e a implementação das políticas de saúde, no que tange a definição de prioridades na área e o estabelecimento de formas de como implementá-las (mecanismos e ferramentas que devem utilizar, que público priorizar, entre outros).

Nesse sentido, Paim e Teixeira (2006) propõem que a área de política, planejamento e gestão é aquela que, no âmbito da saúde coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saberes e práticas) do campo, ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos. Trata-se de uma área temática com grande complexidade, pois há momentos em que faltam conhecimentos para o processo decisório, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências.

Barreto (2004) apud Paim; Teixeira (2006) enfatiza que o processo de transformar o conhecimento em evidência alimentadora de uma decisão é algo complexo e nunca completamente científico, sendo permeado por diferentes interpretações e valorações do conhecimento existente.

Ao nos referirmos à gestão parece interessante esclarecermos os termos gerência e gestão visto que ainda hoje há equívocos nestes conceitos, que por vezes são tratados como sinônimos. Enquanto gerência é administração e trata das relações meios/fins, custo/efetividade; gestão extrapola a administração, pois inclui um conteúdo social e uma diretriz social (COHN, 2009).

Brasil (2003) destaca dois conceitos (trazidos inicialmente pela NOB-SUS 01/96) considerados necessários para o entendimento das funções do SUS: a **gerência**, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, quer seja um ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc. que se caracteriza como prestador de serviços do SUS; e **gestão**, como atividade e responsabilidade de comandar um

sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Para a gestão é esperado que se construa novos consensos sobre “o que fazer” em termos de organização e oferta de serviços, para darem conta da universalidade, equidade e integralidade e de modo a envolver a atenção primária, atenção especializada, hospitalar, emergência, a partir da lógica do usuário (COSTA, 2011). Com esse entendimento, Miranda (2011) afirma que a gestão pública não deve se restringir às contingências de controle, regulação, condução, e sim dar significados e sentidos ao complexo de perspectivas, planos e dinâmica de gerar, gerir e girar mudanças paradigmáticas, transformações sociais.

Enfim, o termo gestão vem sendo adotado na prática para se referir ao conjunto de políticas e de estratégias formuladoras no nível político. Já o termo gerência está reservado para as ações desenvolvidas no nível operacional (CASTRO; CAMPOS, 2003).

Quanto ao Estado, o seu papel deve ser ativo, visto que cabe a ele a promoção da justiça social por meio de políticas sociais e de saúde. Isso implicaria que todos conquistassem a mesma possibilidade de desenvolver suas capacidades individuais na sociedade. Nesse contexto, revela-se a cidadania, que se caracteriza por ser universal, equitativa, impessoal, embora historicamente em nossa sociedade, tende a prevalecer na relação com o Estado, a nossa condição de indivíduos e não de cidadãos. O que se deve perseguir é a consolidação de um Estado ativo e democrático, que assuma uma maior responsabilização e compromisso político e ao construir, transferir e adotar políticas sociais e particularmente de saúde, amplie os campos de exercício da cidadania de modo a favorecer a necessidade de se contemplar as diferenças na busca da equidade.

Nesse sentido, o desempenho do SUS ainda é muito baixo em relação às necessidades da população. É premente e imprescindível, portanto, que se recupere a estratégia de focalização como parte do projeto de universalização. Com essa compreensão, surge um grande desafio para o Estado: promover políticas sociais que, além de suprir as necessidades básicas dos indivíduos, cidadãos portadores de direitos, promovam formas de inclusão social que de fato priorizem os segmentos socialmente mais vulneráveis. O Estado deve cumprir seu papel, tendo sua ação

voltada para a satisfação do bem público, não permitindo a regulação pelo mercado, cuja lógica é da satisfação das necessidades privadas.

Desse modo, ao tratar de políticas de saúde, a questão que emerge é o processo de tomada de decisões por parte do Estado, ou seja, daqueles grupos que detêm o poder em determinado contexto histórico e constituem-se nos governos, frente a uma gama de possibilidades de escolhas alternativas que podem deflagrar perdas e ganhos para diferentes grupos sociais. Contudo, não podemos perder de vista que ao Estado cabe, sempre, orientar suas decisões para o bem comum da sociedade (COHN, 2006).

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada em parte pelas condições crônicas – sobretudo nos países desenvolvidos e no Brasil, pela situação de tripla carga de doenças – e um sistema de atenção à saúde voltada para responder às condições mais agudas (MENDES, 2008). A assunção da racionalidade técnica (evidenciada por estudos de caráter epidemiológicos, por exemplo) sempre é levada em conta, porém, outras racionalidades tensionam a arena das políticas de saúde. Dessa maneira, em outro pólo encontra-se a racionalidade política (de representação de interesses, como o econômico, por construções históricas que possuem diversas influências, seja pelo imaginário coletivo da população do que sejam suas necessidades de saúde). Além disso, a organização do acesso torna-se, assim, um dos principais problemas a serem enfrentados para a diminuição das desigualdades da assistência à saúde no Brasil.

Ressalta-se que ambas as racionalidades são relevantes e uma não deve substituir a outra. No entanto, no caso brasileiro, uma racionalidade que parece avançar é a burocrático-administrativa em detrimento da racionalidade política, conformada pelos processos de tomada de decisão. Assim, deveria importar ao Estado, e conseqüentemente aos detentores do poder político, tomar decisões legítimas e realmente eficazes para toda a coletividade, além da distribuição e destinação dos recursos de toda natureza e, no caso da saúde, de equipamentos e profissionais de saúde a todos que necessitarem.

1.2 A GESTÃO DA SAÚDE IMPLICADA EM TRABALHAR SOBRE BASES MAIS CONSISTENTES: OS SIS COMO FERRAMENTA PARA O PROCESSO DECISÓRIO.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) se constituem em uma ferramenta potente para a gestão em saúde. Nessa perspectiva, pretendemos contribuir com o debate de modo a dar materialidade à gestão da saúde e realizar um movimento que reflita sobre o processo de tomada de decisão: sua configuração, seu exercício, sua relação com a produção da saúde, as resistências que suscita e a sua interlocução com os SIS.

Inicialmente optamos por definir a gestão da saúde pública, e particularmente a gestão do cuidado em saúde, tomando como base a concepção de Cecílio (2011), conforme recorte abaixo:

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanescentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011, p.589).

Nesse contexto, Cecílio (2011) nos esclarece que a dimensão **individual** da gestão do cuidado em saúde contempla o "cuidar de si", no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de "andar a vida" e fazer escolhas. Já a dimensão **familiar** da gestão do cuidado é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem como seus atores pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Entretanto, não se pode imaginar um mundo sem dificuldades e contradições: há relações conflituosas que se apresentam nesse campo, em particular aquelas entre cuidadores e cuidados, conseqüentes da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, entre outros.

Cecílio (2011) define ainda uma terceira dimensão, isto é, a dimensão **profissional** do cuidado, que é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro "privado", que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, em geral, fora de qualquer olhar externo de controle.

A quarta dimensão, por sua vez, é a **organizacional** do cuidado, que se realiza nos serviços de saúde, sendo marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e que evidencia novos elementos como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Nesta dimensão, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores.

E, finalmente, a que mais nos interessa neste estudo, a penúltima, a dimensão **sistêmica** da gestão do cuidado, que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, que devem compor "redes" ou "linhas" de cuidado, na busca da construção de sua integralidade. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma "pirâmide" constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes de usuários (CECÍLIO, 2011).

De acordo com Cecílio (2011), essa dimensão é muito complexa, pois envolve também o movimento real dos usuários no "sistema de saúde", em particular, o modo como constroem itinerários terapêuticos que escapam à racionalidade pretendida pelos gestores; a multiplicidade de "portas de entrada" para o "sistema", sobretudo, nos serviços do tipo pronto-atendimento, que desafiam a rede básica como "porta de entrada" da pirâmide de serviços. Tudo isso tem obrigado gestores e pesquisadores da área a trabalharem com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores.

A despeito de tal complexidade e multiplicidade de atores e movimentos, os gestores, ou seja, aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em

saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa. Estamos em pleno domínio: da construção da relação público-privado, em particular, a compra de serviços; dos planejamentos, programação em saúde e orçamentário-financeira; da formulação de políticas de prioridades; etc. As equipes gestoras ocupam parte importante de suas agendas, fazendo a gestão do cuidado nessa dimensão (CECÍLIO, 2011).

Por último, mas nem por isso menos importante, está a dimensão **societária** da gestão do cuidado em saúde. Trata-se, segundo o autor supracitado, de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado – especialmente como este elabora e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que executarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, pois é nela que se percebe como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor. É a dimensão do encontro da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplas parcelas da população.

O autor ressalta que as várias dimensões atravessam, influenciam e são influenciadas umas pelas outras, conforme o recorte abaixo:

(...) é bom lembrar, portanto, que há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores. (...) a dinâmica real de interpenetração das várias dimensões seria melhor pensada a partir dos conceitos da física quântica ou, mesmo, de um "rizoma" (CECÍLIO, 2011, p.592).

Assim, conforme definição de Cecílio (2011), as dimensões da gestão do cuidado se interpenetram como fluxos rizomáticos, mas são sempre controladas por gestores e trabalhadores, haja vista que o sistema de saúde é principalmente composto por pessoas que criam, organizam, comandam e controlam as atividades desse sistema, que deve oferecer serviços, atendendo da melhor forma possível às necessidades e às expectativas dos seus usuários.

A gestão da saúde pode ser pensada como um arranjo organizacional que, além de buscar organizar os serviços de saúde, deve se desenvolver uma forma sistemática de administrar um sistema de saúde. Ela reflete para além de tudo isso,

uma determinada combinação de saberes e técnicas mediadas entre sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários) que utilizam, para tanto, tecnologias materiais ou não como forma de resolver problemas e atender às necessidades de saúde tanto individuais como coletivas (LINS; CECÍLIO, 2007).

OPS (2010a) define gestão como um conjunto de ações coordenadas que visam atingir os objetivos organizacionais (eficácia) com a melhor utilização dos recursos disponíveis (eficiência). É um processo pelo qual se planeja, organiza, executa e controla a coordenação de todos os recursos disponíveis de uma organização para atingir as metas e objetivos.

Desse modo, um dos principais objetivos dos gestores é empreender esforços para obter resultados em termos de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Seu trabalho muitas vezes se inicia pela avaliação das necessidades, priorização de problemas, estabelecimento de objetivos e metas, seleção de cursos apropriados de ação. Tenta-se, assim, reduzir as incertezas, através das pessoas que compõem as equipes e implementam as ações de promoção e/ou, prevenção e/ou corretivas, com vistas ao alcance dos objetivos para a obtenção de resultados que impactem positivamente na saúde individual e coletiva.

A Gestão do SUS pode ser entendida como um processo pelo qual equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões na implementação da Política de Saúde. É relevante o destaque dado aos aspectos normativos e legais estabelecidos no planejamento em saúde: os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e, em especial, o Pacto de Gestão (TAMAKI; et al, 2012).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes. Ele exige de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011a).

Ao ampliar o uso da informação no cotidiano do processo decisório da saúde, abrangendo o controle social, a gestão e os processos de trabalho em saúde, será mais fácil enfrentar a desigualdade de acesso de usuários e trabalhadores do SUS aos benefícios dos avanços tecnológicos (BRASIL, 2005).

Brasil (2012) defende que um dos princípios de informação em saúde é a sua finalidade para a ação de promoção, de vigilância e de atenção à saúde. Além disso, sua gestão deve ser integrada à assistência e capaz de gerar conhecimento.

As conexões entre a formulação de diretrizes políticas e a sua operacionalização podem estar mediadas pela tomada de decisão, que é uma das atribuições da gestão em saúde, para isso ela deve utilizar os dados e as informações construídas ou existentes. Contudo, há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que, em geral, são subutilizadas e que poderiam se constituir em matéria-prima para o processo de decisão.

Presentemente, tem chamado atenção o crescimento dos estudos na área de informação gerencial e comunicação em saúde, na medida em que respondem aos desafios colocados aos gestores pelo avanço tecnológico propiciado pelo uso da informática, das telecomunicações e da Internet nas práticas de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Reportando-se à relevância da informação de uma maneira mais ampla, Kobashi; Tálamo (2003) enfatizam que a sociedade organiza seus estoques de informação e estabelece estratégias para colocá-los em ação, para transformá-los em fluxo, objetivando que o(s) sujeito(s) os capturem, promovendo a ação do conhecer. Nesta perspectiva, a carência de informação pode provocar a ausência de conhecimento.

Kobashi; Tálamo (2003) referem ainda à informação como valor e como produtora de valor, num processo de troca de mensagens que necessita da construção de sentidos para se tornar conhecimento-significação-ação. No entanto, ela difere de um bem material, conforme é ressaltado no recorte abaixo:

Ao contrário do bem material, a informação é um bem simbólico, porque se elabora, organiza e circula no interior da linguagem. Ainda ao contrário do bem material, o uso da informação não a esgota. Mas tanto o bem material como o simbólico necessita de um elemento de troca. Para se ter a informação, como para se ter o alimento, é preciso uma moeda de conversão sem a qual a informação não se transforma em conhecimento e o alimento não se transforma em energia que aplaca a fome. No primeiro caso o elemento de troca é a cognição e o capital cultural e, no segundo, a moeda propriamente dita. (KOBASHI; TÁLAMO, 2003, p. 10).

Os Bancos de Dados e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde constituem uma ferramenta importante para a avaliação das políticas de saúde, assim como dos serviços, redes e sistemas de saúde. No caso brasileiro, até as décadas de 1970 e 1980, eles se encontravam sob gestão do nível federal, e a tecnologia para processamento dos dados embasava-se em computadores de grande porte. Ainda em meados da década de 1990, era muito comum a utilização de servidores de armazenamento de dados localizados em órgãos centrais como o IBGE e o próprio Ministério da Saúde. Entre as décadas de 1980 e 1990, com a expansão dos sistemas de informação sobre morbidade, mortalidade e nascidos vivos e com a descentralização dos serviços, principalmente da atenção básica, foi possível a obtenção de dados no âmbito municipal (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

A maioria dos SIS federais foi concebida antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu desenho, objetivos e metas estavam voltados para os governos federal e/ou estadual, os quais, em geral, produziam e utilizavam as informações em saúde para diagnóstico da situação municipal. Assim, os municípios assumiam preferencialmente o papel de coletores de dados, o que pode ter levado-os a subutilizar os sistemas de informação. Nesse contexto histórico, os municípios permaneciam aliados do processo de participação na elaboração dos diagnósticos, dos planejamentos e dispunham de pouca ou nenhuma experiência/autonomia para a formulação de políticas e para a tomada de decisão (VIDOR; et al, 2011; BRANCO, 1996; PINHEIRO, 2009).

A Câmara Técnica de Informação e Informática do CONASS realizou um levantamento dos anos de 2004 e 2005, no qual foi registrado a existência de 797 sistemas de informação em operação nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), utilizados para as mais diversas finalidades. Cerca de 10 sistemas se repetiam para todas as SES, uma vez que se configuravam como de base nacional, eles foram definidos pelo Ministério da Saúde como de utilização obrigatória em todos os estados e municípios, sendo sua base de dados consolidada e mantida pelo nível federal. Dentre eles, o mais antigo é o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), desenvolvido a partir de 1975 (BRASIL, 2011d).

A quantidade – em relação ao esperável – e a qualidade – em relação ao desejável – das informações é extremamente variável em todo o território nacional, sendo tão melhores quanto mais utilizadas pelos gestores locais em seus processos de trabalho rotineiros. A veracidade da expressão “quando entra lixo, sai lixo” (*trash*

in, trash out) faz com que aqueles que se aplicam em intervir da forma mais adequada às necessidades de sua população cuidem melhor dos insumos que orientam suas ações. Apesar disso, muitas vezes esse cuidado é limitado pela indisponibilidade de recursos humanos, financeiros, cognitivos e tecnológicos (BRASIL, 2011d).

A partir da Constituição Brasileira de 1988 aumentou-se a autonomia dos municípios, em termos político-administrativo e particularmente na área de saúde com a instituição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/SUS 01/96). A partir dela, cresceu a responsabilidade dos municípios na assunção do seu papel decisório nas ações em seu território. O cumprimento desse novo papel aumentou a necessidade de produção de informações confiáveis e disponíveis de maneira mais célere para subsidiar o trabalho de profissionais técnicos e gestores (VIDOR et al, 2011).

No cenário contemporâneo, a informação, a comunicação e as tecnologias a elas referidas possuem tal centralidade e relevância que sua excelência ou precariedade afetará o desenvolvimento de cada área de atividade social, a obtenção de seus objetivos e dos resultados desejados. Todavia, a pouca utilização das informações em saúde no processo decisório, constitui-se em um dos graves problemas presentes na gestão de saúde e no exercício do controle social. Apesar de existir um volume grande de dados, de indicadores consensualmente definidos e de diversos sistemas de informações funcionando rotineiramente, observa-se que estes não estão ou estão incorporados de maneira incipiente para a tomada de decisão em saúde (MORAES, 1994; PINHEIRO, 2009; VASCONCELLOS et al 2008).

Na nossa realidade, os SIS ainda apresentam-se fragmentados e pouco integrados. Conforme Santos, et al (2011), essa situação gera um contexto no qual, para um mesmo atendimento realizado pelo profissional, é necessário o preenchimento de diversos instrumentos de coleta de informação, ampliando o tempo gasto para o registro, gerando duplicidades e comprometendo a qualidade da informação gerada.

Para os gestores da saúde no Brasil, os sistemas de informação “informatizados” permitiram nos últimos anos analisar a situação de saúde em seu território, avaliar suas intervenções, monitorar e controlar as atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços, e

quantificar/determinar o volume de recursos financeiros a ser transferido a cada um. Desde a implementação do Pacto pela Saúde, este papel é ainda mais estratégico. No que diz respeito ao Pacto pela Vida, a relação é direta, dado que o aferimento do alcance de metas pactuadas depende da alimentação das bases de dados (BRASIL, 2011c).

O processo de gestão de saúde demanda, portanto, o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a apropriação de conhecimentos e tecnologias de formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de cuidados à saúde (TEIXEIRA, 2004).

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar os ruídos nas áreas prioritárias, o que pode levar a um planejamento responsável e a execução e avaliação de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias (TEIXEIRA, 2006).

Segundo Moraes; Santos (2001), as experiências e estudos apontam para o baixo uso da informação no processo de gestão da saúde, que se dá, na maioria das vezes, de forma pouco embasada na realidade apontada pelas informações em saúde existentes. Esta constatação pode estar associada a várias gêneses, destacando-se: baixo comprometimento em atender de forma equânime as reais demandas da população nos seus problemas de saúde; o processo de gestão em saúde ainda se dá sob uma lógica fragmentadora e vertical, pouco sintonizada com a diversidade que caracteriza a situação de saúde da população brasileira, acarretando uma resistência ao uso na gestão da saúde de tecnologias integradoras e flexíveis que instrumentalizam uma abordagem mais globalizante e próxima da realidade sanitária, como propiciam as novas tecnologias de informação.

Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração do sistema de informações em saúde constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando-a com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, o que está em discussão sobre a utilização dos SIS, não se restringe apenas à construção e incorporação de grandes bancos de dados, de

dispositivos de manipulação de imensos volumes de informações. Para além disso, importa entender que entre os desafios a serem enfrentados destacam-se a mudança das práticas subjetivas, orientadas ao uso e compartilhamento das informações; a valorização delas e da comunicação como configuradoras de formas mais eficazes, responsáveis e democráticas de intervenção; e na convicção das organizações e seus gestores acerca do valor estratégico da informação e da comunicação no processo de tomada de decisão e no desenvolvimento de programas de ação capazes de coordenar diferentes atores e interesses, em ambientes complexos em mudança (VASCONCELLOS;et al, 2008).

Ainda de acordo com Vasconcellos, et al (2008), apesar do incremento da disponibilização dos dados e indicadores na atualidade, os gestores, em geral, pouco incorporam os SIS na tomada de decisão em decorrência, principalmente de obstáculos de acesso e tratamento rotineiro dos dados e isso dificulta que as informações adequadas estejam disponíveis de forma oportuna. Dentre os problemas do campo da informação e informática em saúde do SUS, é consenso a premência pela definição de estratégias que superem o histórico quadro de fragmentação e paralelismo existentes que envolvem os inúmeros Sistemas de Informações em Saúde (SIS), em funcionamento no SUS. A integração e uma maior articulação entre os SIS são condições *sine qua non* para um salto de qualidade na gestão do SUS.

Consta da Portaria G.M. 2.488/2011 que compete às Secretarias Municipais de Saúde alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos (BRASIL, 2011a).

Mesmo diante do que estabelece o Ministério da Saúde, em geral há uma dificuldade em articular os processos de planejamento e de gestão da saúde com os sistemas de informações e com os indicadores existentes. Assim, permanecem pouco articulados ou desarticulados o acompanhamento dos indicadores de saúde, a gerência dos sistemas de informação e a monitoria dos processos de planejamento e de gestão.

Lucchese (2003) refere à necessidade da valorização da epidemiologia como conhecimento científico imprescindível à compreensão dos determinantes e riscos que condicionam o processo saúde-doença em cada local, como conjunto de

métodos e técnicas relevantes para a identificação dos principais problemas que afligem a população e das prioridades nacionais, regionais e locais; enfim, como suporte básico ao planejamento, à administração e à avaliação do impacto de políticas, programas, ações e serviços.

Contudo, Cecílio (2011) ressalta que em geral, no cotidiano da gestão, predominam os indicadores "duros", ou seja, aqueles com pretensão de objetividade, de quantificação. Em verdade, eles traduzem a intencionalidade de se produzir um conhecimento objetivo e inquestionável da realidade. São chamados de "duros" porque são do campo da matemática. Sua marca é a externalidade em relação ao campo micropolítico e são operados tanto por atores que ocupam lugares de gestão, bem como por pesquisadores que se filiam às metodologias de caráter mais positivista.

Desse modo, não se pode conceber que a utilização apenas de indicadores mensuráveis pela estatística possa apreender e explicar a complexidade que é o campo da saúde. Cecílio (2011) nos instiga e nos leva a refletir sobre os desafios e limitações na utilização apenas de indicadores quantitativos, conforme o recorte abaixo:

Como romper com um modo de pensar que supõe que a existência de indicadores "duros" bem formulados – "tradução" perfeita, porque "objetiva", de uma política – é suficiente para induzir o bom cuidado, o "cuidado que deve ser feito e que os trabalhadores não sabem fazer e que alguém precisa dizer como se faz e avaliar se está sendo feito como se espera que faça?", A ponto de ser capaz de ter uma atitude antropofágica com os próprios indicadores "duros": conhecê-los, digeri-los, recriá-los, mas nunca se saciar apenas com eles (CECÍLIO, 2011, p.594)

Com essa compreensão, Kobashi; Tálamo (2003) explicam que os Sistemas de Informação podem estar organizados para responder às ações que conferem valor à informação, mas nunca poderão responder isoladamente pela geração de conhecimento. As autoras defendem também que a informação enquanto bem imaterial projeta um fluxo de relações constantes. Na sua produção, estabelece a relação entre o conteúdo registrado/coletado e a forma da informação.

Nessa perspectiva, entende que a disseminação da informação é a relação entre os produtos informacionais e seus usuários. Depois, acesso está condicionado às formas compatíveis entre a linguagem do sistema e a linguagem do usuário. Por

último, o uso implica a relação entre a informação disponível e o conhecimento subjetivo e significados que são atribuídos pelos usuários e segmentos sociais. Dessa maneira, a informação torna-se fluxo através de estruturas que se relacionam (KOBASHI; TÁLAMO, 2003).

Nesse contexto, sabe-se que a incorporação dos SIS para o desenvolvimento das funções inerentes à gestão, sobretudo a tomada de decisão nos sistemas de saúde, pode contribuir para o aperfeiçoamento desses sistemas. Contudo, podem ocorrer também algumas fragilidades de ordem política, governabilidade, autonomia, além de debilidades organizacionais e outras lacunas que são obstaculizadoras para o gestor. Porém, com habilidade e uma gestão diferenciada, que leve em conta mais do que perícia técnica, o compromisso ético e político dos sujeitos que compõem a equipe, os obstáculos podem ser superados.

Em geral, o gestor deve despender grande parte do seu tempo estudando o contexto técnico, político, econômico e administrativo, buscando identificar condições que exijam novas ações. Eles possivelmente empregam uma parte ainda maior do tempo, sozinhos ou em contato com os seus pares, tentando criar, delinear e desenvolver possíveis cursos de ação para enfrentar situações em que a decisão se torna necessária.

Etimologicamente, a palavra decisão é formada por **de** (que em latim significa parar, interromper) anteposta à palavra **caedere** (que significa cindir, cortar). Assim, tomada ao pé da letra, a palavra decisão significa “parar de cortar” ou “deixar fluir”. “Decidir” pode ser, então, definido como o processo de colher informações, buscar possíveis alternativas de solução e, depois, fazer a escolha entre as alternativas e dar solução, deliberar, tomar decisão (GOMES; ALMEIDA; GOMES, 2012).

Esses mesmos autores afirmam que decisões são necessárias quando uma oportunidade ou problema existe, ou quando algo não é o que deveria ser, e, também, quando existe uma oportunidade de melhoria ou otimização. Uma decisão precisa ser tomada sempre que estivermos diante de um problema, que possui alternativas para sua solução. Mesmo quando para solucionar um problema possuímos uma única medida a ser tomada, temos a alternativa de não tomá-la, o que garante a possibilidade de pelo menos duas opções. Assim, concentrar-se no problema certo possibilita direcionar corretamente todo o processo de tomada de decisão.

Contudo, entendemos que é imprescindível a assunção da prudência na tomada de decisão. Não aquela prudência no sentido da cautela (ambígua e egoísta), mas o oposto, como se refere Santo Tomás de Aquino (2005), a arte de decidir corretamente, ou seja, não com base em interesses oportunistas, não em impulsos, não em sentimentos piegas, não em preconceitos, mas com base na realidade.

Além disso, ver a realidade é somente uma parte de *prudentia*. A outra parte é transformar a realidade vista em decisão de ação, em comando: de nada adianta conhecer a realidade se não há decisão de realizar o bem. Historicamente, tem-se modificado o significado clássico da *prudentia* (em sua dimensão cognoscitiva), passando a entendê-la como a capacidade de ver o real, fato que aumenta seu ruído exterior e interior, e que acaba por levar a “ouvir a realidade”, a sua dimensão prescritiva no ato de comandar. O medo de enfrentar o peso da decisão é que tende a paralisar os imprudentes (Santo Tomás de Aquino, 2005).

Desse modo, prudente (*prudens*) em Santo Tomás de Aquino (2005) significa aquele que vê longe, pois possui visão aguda e antevê as diversas possibilidades que podem ocorrer nas situações contingentes, entretanto, no que diz respeito à tomada de decisões, os meios para se atingir os seus fins, não são determináveis *a priori*; pelo contrário, estão ligados ao âmbito do contingencial, do incerto do futuro e, necessariamente, se fazem acompanhar da insegurança, presente na vida humana.

Nessa perspectiva, ao considerar o processo de tomada de decisão como uma função inerente à gestão, não nos referimos apenas ao ato final da escolha entre as alternativas, mas a todo o processo. Desse modo, a tomada de decisão não se dá apenas no momento da escolha, pois comumente envolve um complexo processo de reflexão, investigação e análise que precede esse momento. A tomada de decisões é uma tarefa importante, baseada, fundamentalmente, na capacidade do pensamento crítico. Uma abordagem estruturada para resolução de problemas e tomada de decisão aumenta o raciocínio crítico, constituindo a melhor maneira de aprender a tomar decisões de qualidade.

Ainda que existam diversos autores que se ocupam em descrever as etapas do processo decisório com níveis de complexidade variados, citaremos aqui Hebert Simon (1972), um dos principais teóricos da área. Ele descreve três fases do processo: a primeira seria a análise do ambiente procurando-se identificar as situações que exijam decisão – ela foi denominada atividade de coleta de

informações. A segunda, por sua vez, consiste em criar, desenvolver e analisar possíveis cursos de ação – fase conhecida como estruturação. A terceira, finalmente, diz respeito à escolha de uma linha determinada de ação dentre as disponíveis e foi designada como atividade de escolha.

Entretanto, o autor esclarece também que esse ciclo de fases é muito mais complexo do que sugere essa sequência. A fase de estruturação, por exemplo, pode exigir novas informações, que por sua vez, tem suas fases de informação, estruturação e escolha, e assim por diante. Não obstante, as três grandes fases podem frequentemente serem discernidas de forma clara na medida em que se desenrola o processo de tomada de decisão na organização.

Para Simon (1997) a realização completa ou perfeita dos objetivos é praticamente impossível por meio das decisões, uma vez que o ambiente, e mesmo as condições internas dos indivíduos, limitam-se às alternativas disponíveis. No entanto, de forma geral, pode-se dizer que a decisão pode representar a melhor solução encontrada em determinadas circunstâncias.

Mesmo com as restrições de tempo, dificuldades de acesso e de assimilação da grande quantidade de informação, Simon (1997) entende que a maior parte das decisões da gestão é feita com o modo de tomada de decisão do “homem administrativo”, que nunca tem o conhecimento completo da situação, podendo gerar um menor número de alternativas. Além disso, esse homem executa decisões que são apenas satisfatórias, ou seja, decisões que não são ideais, mas costumam resultar em soluções aceitáveis. Desse modo, compreendemos que o trabalho do gestor consiste não apenas em tomar decisões, mas também e, principalmente, criar condições para que toda a equipe da organização, ou parte dela, tome-as também de maneira efetiva.

Nesse contexto, corroboramos com a afirmação de Mota (1995), de que, entre outras coisas, é necessária a comunicação entre os participantes da decisão nos serviços, para que haja modificação da situação em saúde, fazendo com que esta afirme seu potencial político e, mais do que fazê-la aproximar-se do momento decisório, fazer com que se torne parte inerente da interação dos atores presentes no cenário da saúde. Assim, a informação deve conformar a linguagem dos diversos atores presentes na decisão, permitindo articular os recursos e as condições necessárias à efetividade da ação.

Mesmo com as deficiências dos SIS, como os subregistros e/ou preenchimentos incorretos dos formulários de coleta de dados, ainda assim eles tendem a refletir com alguma fidedignidade a realidade que está posta. Desse modo, a questão da utilização dos SIS configura um campo de apoio e subsídio à gestão, onde as instâncias organizativas do SUS podem e devem assumir papéis diferenciados de acordo com a natureza dos problemas em foco e adotar estratégias que variam de acordo o cenário técnico, político e institucional.

Ressalta-se que o valor das informações utilizadas para a tomada de decisão, o planejamento e a avaliação será ratificado na medida em que levem ao desenvolvimento de ações compatíveis com os princípios do SUS, ou seja, catalisem a produção da saúde e a defesa da vida.

No mundo atual, especificamente no setor saúde, cada vez mais se torna necessário que o gestor busque tomar decisões rápidas, abrangentes e as mais corretas possíveis. Nesse contexto, as decisões objetivarão criar situações em que o decisor julgue comparativamente o que ganhará entre a situação em que se encontrava e o estado que irá encontrar-se, após implementá-la.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e a indispensável recomendação para a ação.

A alimentação das bases de dados dos bancos nacionais de informação em saúde é um dos requisitos necessários para a habilitação dos municípios nas formas de gestão e para a descentralização de ações e serviços e recursos financeiros. Entretanto, mesmo com a obrigatoriedade da alimentação, essa situação pouco tem contribuído para apoiar o processo de decisão local. O SUS conta com Grandes Sistemas Nacionais de Informação, citamos como exemplo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); de Nascidos Vivos (SINASC); das Internações Hospitalares (SIH), de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), dentre outros.

Ainda há outros SIS que, como aqueles citados no parágrafo anterior, devem ser utilizados conjuntamente para potencializar as análises sobre a situação de saúde da população e sobre os serviços, como é o caso do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB), de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN), de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), da produção de Serviços e

Atendimentos Ambulatoriais (SIA), da Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), do Pré-natal e parto humanizado (SISPRENATAL), do Programa de Imunizações (SI- PNI) entre outros.

Nesse contexto, a utilização dos SIS para o processo decisório, o planejamento e a avaliação no setor saúde adquire grande importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS.

A produção de informação em saúde é tradicionalmente concebido de acordo como esquema de "dados, informações e conhecimento". Este esquema é insuficiente para orientar a implementação de informações de saúde a nível local. Cabe à gestão articular os elementos: dados, informação, conhecimento, comunicação e ação. Estes componentes são considerados como um todo, constituem um processo lógico e não são estanques. Basicamente, eles formam dois grupos, um relacionado à produção e outro, à aplicação das informações (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2006).

Num caminho rumo à superação das iniquidades nas condições sociais e de saúde e ao acesso aos serviços sociais e de saúde de qualidade, a informação é identificada como uma área estratégica para o desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico e para a inovação em saúde, sendo essencial para guiar as políticas, o planejamento e a gestão (OPS, 2010b).

Entretanto, existem diferentes possibilidades de olhar e entender a relação informação-significação e, de certa forma, demarcar que a informação pode possibilitar uma ação mais efetiva dos agentes que a manipulam. As informações, quando selecionadas, podem ajudar a se pensar, (re)pensar, aprender e decidir, ampliando possibilidades para (re)criar uma gestão mais condizente com a realidade e quiçá com o ideário do SUS (PINTO; et al, 2010).

A gestão da saúde, por si só, poderia permear um amplo campo de investigações. No entanto, trataremos da utilização dos SIS como ferramenta para a tomada de decisão pelo(a) gestor(a) municipal da saúde, como objeto de estudo.

Nesse cenário, propõem-se como pressupostos deste estudo:

- 1- Os gestores utilizam os SIS como ferramenta para o processo decisório;
- 2- Os gestores da saúde compartilham informações e envolvem diferentes atores no processo decisório.

Assim, estabelecemos o desafio de desvendar os modos pelos quais ocorrem as conexões entre as ações próprias da gestão da saúde, sejam elas a tomadas de decisão, o planejamento, a avaliação entre outros e a sua operacionalização mediada pelos Sistemas de Informação em Saúde. Nessa perspectiva surge o objeto-problema: como os secretários de saúde utilizam os SIS para subsidiá-los no processo decisório da gestão em municípios do sul da Bahia?

Diante disso, nossa pesquisa foi pautada pelas seguintes questões norteadoras:

- Como os gestores da saúde de municípios do sul da Bahia utilizam os SIS para o processo da tomada de decisão?
- Quais são as potencialidades e/ou limites em utilizar os SIS na gestão da saúde?
- Quais os SIS envolvidos e/ou deflagradores do processo decisório para a gestão da saúde?
- Quais são os sujeitos envolvidos, que informações eles utilizam e como compartilham conhecimento para o processo decisório?

1.3 JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista da gestão, no que concerne gerir estrutura, processos e sujeitos, pretendemos discutir uma das competências inerentes ao trabalhador em exercício de gestão, que é o uso dos SIS como ferramenta para a tomada de decisão, visto que as práticas vêm mostrando que é imprescindível um novo modo de pensar e de gerir serviços, setores e o próprio sistema. Dessa forma, esse tema requer reflexão pelos gestores, profissionais e pelas instituições, pois no contexto da construção do SUS e da descentralização da gestão, a utilização das informações emerge como uma ferramenta poderosa que pode se transformar em conhecimento e ação.

Desse modo, acredita-se que os SIS possam contribuir para a tomada de decisão e para a consolidação de mudanças, no sentido de produzir práticas mais coerentes com a realidade de cada esfera de gestão, principalmente a municipal onde grande parte dos SIS é processada.

Assim, uma das propostas neste estudo é levantar referências, a fim de revelar experiências, realizar análises críticas e propor alternativas. Pretende-se, com isso, contribuir com o estado da arte e das práticas de gestão da saúde, visando o seu aprimoramento.

Nesse contexto, como forma de alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma revisão da literatura. Procedemos, assim, a identificação e síntese de trabalhos científicos divulgados no cenário nacional e internacional, relacionados às principais temáticas abordadas no estudo, ou seja, Gestão em Saúde, Sistemas de Informação, Tomada de Decisão e Gestão do Conhecimento.

A definição da estratégia de busca dos dados a partir de pesquisas publicadas foi realizada com a integração dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) do Ministério da Saúde. Os termos selecionados foram “Sistemas de Informação”, “Gestão em Saúde”, “Tomada de Decisões” e “Gestão do Conhecimento”, encontrados por meio da utilização do delimitador *AND*. As buscas foram realizadas a partir das bases de dados científicos indexados à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) durante o mês de outubro de 2014.

Os critérios de inclusão adotados para seleção dos estudos foram os seguintes: abordar no título ou resumo, a temática investigada; investigações publicadas somente em periódicos e teses; a data da publicação dos estudos no intervalo entre 2010-2014 (até o mês de setembro); estudos disponíveis eletrônica e gratuitamente na íntegra; pesquisas divulgadas ao menos em um dos idiomas: português, inglês e espanhol; em caso de duplicidade de publicações em base diferentes, aproveitamento de uma única base.

As produções foram categorizadas da seguinte forma:

1. Título do artigo;
2. Autores;
3. Ano de publicação;
4. Periódico onde o artigo foi publicado;
5. Achados principais dos estudos. Para serem incluídos nesta revisão, os artigos e/ou teses encontrados deveriam responder em seus achados quais os fatores/aspectos que estavam possivelmente relacionados à utilização dos SIS para a tomada de decisão pela gestão da saúde.

Para a primeira incursão na temática, fomos cruzando os descritores aos pares, como, por exemplo, “Sistemas de Informação” e “Gestão em Saúde”, onde encontramos um total de 137 publicações, assim, chegou-se a um total geral de 401 publicações. Ao refinar a busca utilizando os descritores “Gestão em saúde”, “Sistemas de Informação” e “Tomada de Decisão” foram encontradas 8 produções, sendo 6 artigos e dois livros, destes, atenderam aos critérios de inclusão 5 artigos. Uma nova busca usando três descritores “Gestão em saúde”, “Sistemas de Informação” e “Gestão do Conhecimento” revelaram 9 publicações, dentre as quais 2 artigos e uma tese atendiam aos critérios de inclusão.

Os trabalhos encontrados foram pré-selecionados tomando como base o título e, a seguir, foram filtrados por meio da leitura dos resumos. A leitura do corpo destes trabalhos resultou na seleção final dos textos que foram divididos nos Quadros 2 e 3, uma vez que se enquadravam nos critérios definidos nesta busca.

Finalmente, optamos por pesquisar os 4 descritores juntos “Gestão em Saúde” “Sistemas de Informação” “Tomada de Decisão” e “Gestão do Conhecimento”. No entanto, não foram encontrados documentos para a consulta.

Quadro 2 - Síntese dos materiais bibliográficos sobre “Sistemas de Informação”, “Gestão em Saúde”, “Tomada de Decisão” e “Gestão do Conhecimento”, publicados no período de 2010 e 2011.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR(ES)	ANO PERIÓDICO/TESE	SINTESE DO ESTUDO
Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil	Silva; et al	2010 Cad. saúde publica	O objetivo foi avaliar a relação entre a regularidade na alimentação do SIOPS e o conhecimento e uso do Sistema pelos gestores municipais do Estado de Pernambuco. Foram selecionados dez municípios distribuídos nas cinco mesorregiões do estado. Constata-se que as informações geradas não têm sido exploradas potencialmente pelos gestores enquanto instrumento de gestão.
Modelo de gestão municipal baseado na utilização estratégica de recursos da tecnologia da	Leite; Rezende.	2010 Rev. adm. Pública	Este artigo propõe e avalia um modelo para a gestão governamental. Ele seria baseado na utilização estratégica da tecnologia

informação para a gestão governamental: formatação do modelo e avaliação em um município			da informação, que proporcione ao gestor público monitoração e controle da execução estratégica, informações executivas para a tomada de decisão, gestão dos relacionamentos com os cidadãos. A metodologia da pesquisa enfatizou o estudo de caso no município de Curitiba.
Estruturação da área de informação em saúde a partir da gerência de recursos informacionais: análise de experiência	Santos; et al	2011 Rev Panam Salud Publica	Relato de experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG na aplicação dos conceitos da Gerência de Recursos Informacionais (GRI) para o desenvolvimento de um sistema de informação em saúde.

Fonte: Base de dados LILACS

Quadro 3 - Síntese dos materiais bibliográficos sobre “Sistemas de Informação”, “Gestão em Saúde”, “Tomada de Decisão” e “Gestão do Conhecimento”, publicados no período de 2012 a 2014*.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR(ES)	ANO PERIÓDICO/TESE	SÍNTESE DO ESTUDO
Knowledge management in health: a systematic literature review	Rocha, et al	2012 Rev. Latino-Am. Enfermagem	Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que foi norteada pela questão: quais as contribuições das publicações em periódicos nacionais e internacionais sobre gestão do conhecimento na saúde? .
O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde	Tanaka; Tamaki.	2012 Ciênc. saúde coletiva	O objetivo deste estudo foi estabelecer as características que a avaliação para a gestão de serviços de saúde deve possuir para contribuir para a tomada de decisão. Uma avaliação que conduza a decisões que garantam não somente a sua eficiência e eficácia, mas também a sua implementação.
Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de	Souza; Rivemales; Souza.	2012 Online braz. j. nurs. (Online)	Este artigo descreve a situação de saúde da população adscrita de uma unidade de saúde no

gestão: estudo de caso em Santo Antônio de Jesus / BA			recôncavo baiano. Foram coletados dados a partir do DATASUS. Os dados fornecidos pelo SIAB caracterizam o perfil populacional, epidemiológico, condições de vida da população, dentre outros. A análise desses dados facilita o processo de tomada de decisão gerencial baseado na realidade situacional da saúde da população.
Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí.	Barreto; Souza.	2013 Cienc. saude colet.	Piripiri/PI, município da região mais pobre do país, implementou o Núcleo de Evidências em Saúde (NEv) em 2010. São apresentados o desenvolvimento e os resultados preliminares do NEv, sua visão, composição, mandato e atividades.
Aprendizagem organizacional como fator estratégico para inovação na gestão: um estudo das ações de capacitação para o desenvolvimento institucional na Fiocruz.	Kaufmann	2013 Tese	Analisa os processos pelos quais a Fiocruz apreende e incorpora o conhecimento gerado no processo de implementação das ações de capacitação promovidas para o seu desenvolvimento institucional, com a finalidade de identificar características inibidoras para a promoção da aprendizagem organizacional. Trata-se de um estudo de caso.

Fonte: Base de dados LILACS

*2014 até o mês de setembro

Assim, ressaltamos que os estudos analisados apontam para a existência de lacunas na produção do conhecimento científico, que contemplem o tema desse estudo, o que ratifica a necessidade de se desenvolver investigações que abordem a utilização dos SIS pela gestão da saúde para a tomada de decisão.

Este estudo pretende também contribuir para articular as tecnologias de informação em saúde, as tecnologias do processo de tomada de decisão e a gestão do conhecimento. Visa-se assim a ampliação das bases de seus usos na gestão municipal do SUS, instrumentalizando-os, de modo a aprofundar os princípios

constitucionais de universalidade, equidade e integralidade em ações efetivas em sua prática cotidiana.

Assim, a discussão epistemológica propõe novos espaços de reflexão e novos modos de entender a prática da gestão, no sentido de suscitar a renovação de suas ações e saberes e a inovação a partir do uso dos SIS para o processo de tomada de decisão por gestores de municípios de uma região do sul da Bahia.

Enfim, esse estudo justifica-se pela possibilidade de discutir o escopo das tecnologias adotadas pelos gestores da saúde no processo decisório. Essa reflexão sobre o diálogo entre as intenções e as ações dos gestores que são mediadas pelos SIS poderá subsidiá-los a direcionar suas práticas e a de outros interessados em atuar naqueles processos sobre bases mais consistentes, além de contribuir com a produção de conhecimentos acerca da utilização da informação nos processos de tomada de decisão como forma de potencializar dispositivos de maior amplitude e efetividade para a prática da gestão.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde no processo de tomada de decisão pela gestão da saúde de municípios do sul da Bahia.

Objetivos Específicos

- Analisar como ocorre a utilização dos SIS e quais são os deflagradores da tomada de decisão;
- Analisar as potencialidades e/ou limites do uso dos SIS;
- Identificar quais são os sujeitos envolvidos, que informações eles utilizam e como eles compartilham conhecimento para o processo decisório.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Na sequência abordaremos a Gestão do Conhecimento (GC): os desafios e as perspectivas para o uso pela gestão pública. Contudo, enfatizamos que não pretendemos exaurir o tema, mas trazê-lo para a reflexão. Assim, ele poderá ser discutido como contribuição teórica a ser introduzida na agenda da gestão da saúde, a fim de iluminar o processo de utilização e compartilhamento da informação e do conhecimento para o processo decisório.

O estudo não se propõe a criar/construir um modelo de GC específico para a área da gestão da saúde, mas sim a fornecer pistas, ainda que genéricas, que possam ser aprofundadas em outras investigações.

Ademais, entendemos que a GC agrega valor ao objeto de estudo e ao mesmo tempo nos apoia na ancoragem das discussões do tema abordado.

2.1. GESTÃO DO CONHECIMENTO: AS INFORMAÇÕES, O COMPARTILHAMENTO E O USO DO CONHECIMENTO

Junto com o ritmo de desenvolvimento sem precedentes de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) a sociedade evoluiu para a era do conhecimento. Na atualidade ninguém duvida de que uma melhor gestão do conhecimento dentro da organização levará à eficiência, eficácia e inovação (UNPAN, 2014a).

A *Knowledge Management* (KM) ou, em português, Gestão do Conhecimento (GC), é uma contribuição científica ainda jovem que surgiu com a concepção voltada para o setor privado, na qual os conceitos de conhecimento, como uma vantagem competitiva da empresa e capital de conhecimento, eram e continuam sendo o foco. Seus pioneiros incluem Peter Drucker, que cunhou o termo “trabalhador do conhecimento” em 1970; Karl-Erik Sveiby, que delineou a atividade gestão do conhecimento e planejamento (KMAP) em 1980; e Nonaka e Takeuchi, que popularizaram o conceito de conhecimento tácito na década de 1990 (MISRA, 2007). Na década de 90 do século XX, a GC recebeu uma atenção significativa quando as principais empresas do setor privado desenvolveram procedimentos para garantir a efetiva geração, captação e divulgação de informações, *know-how* e a promoção do conhecimento. No setor público devido à

pressão crescente para uma maior eficiência e eficácia e a grande demanda por compartilhamento de conhecimentos, os governos estão acompanhando essas demandas e se preparam para colher os benefícios gerados a partir dos programas de gestão do conhecimento (UNPAN, 2014a).

Uma série de questões, algumas antigas e outras novas, surgiu na gestão do conhecimento para o setor público. Dentre elas, destacamos, por exemplo, a desatualização da informação; as informações necessárias não estão disponíveis; demasiado dados são coletadas; pouca informação é usada na tomada de decisão; baixos investimento em novas áreas, como as TIC e governo eletrônico (*e-gov*)¹; e a necessidade da coleta de novas informações (MISRA, 2007).

Ferla; Cecim e Alba (2012) revelam que a interpretação ou o significado dos dados constituem o que podemos chamar de informação. Com base na articulação e combinação de um conjunto de dados é possível a geração de informações que nos possibilitem fazer inferências da realidade.

Entretanto, Ferla; Cecim e Alba (2012) ampliam essa concepção quando trazem para a reflexão um ciclo de compreensão mais complexo para o processo informacional, pois não será mais restrito ao intervalo dado-informação ou mesmo dado-conhecimento, como se verifica comumente na literatura da ciência da informação e/ou nas teorias do planejamento. O intervalo para a compreensão mais adequada, na perspectiva da gestão da saúde e dos diferentes atores (gestores, trabalhadores, rede de formação e outros) é dado/informação-inteligência coletiva, ou seja, vai além do caráter instrumental da informação como variável técnica no processo decisório. Os autores exploram um conjunto de reflexões que associam o cotidiano do trabalho em saúde da produção de conhecimentos, ativando uma inteligência que vem depois, não somente pelo acesso à informação, mas a modificação dos modos de conhecer e saber.

Assim, construímos a Figura 1 que representa a informação ao centro e as possibilidades da sua utilização a partir das questões **para que, como e onde**. Na sequência, apresentamos um ciclo ampliado com base na compreensão de Ferla; Cecim e Alba (2012) e Pinto; et al (2010) sobre diferentes momentos que se iniciam

¹Segundo definição da UNPAN, (2014c) o governo eletrônico (*e-Gov*) é um governo que aplica a Tecnologia da Informação e Comunicação para transformar suas relações internas e externas, a fim de otimizar a realização de suas funções.

no acesso aos dados e percorrem um caminho que, dentre outros, passa pela informação, conhecimento até a ação.

Figura 1- Diagrama sobre a utilização dos SIS e o ciclo dos diferentes momentos a serem galgados durante a transformação de dados em ação, pensados a partir de Pinto et al (2010) e Ferla; Cecim e Alba (2012).

Nonaka e Takeuchi (1997) afirmam que a informação proporciona um novo ponto de vista para interpretação de eventos ou fenômenos, o que dá visibilidade e

significados antes invisíveis. Desse modo, a informação é um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento.

Ferla; Cecim e Alba (2012) têm a compreensão que o dado tratado por meio de processos valorativos teria predominantemente uma potência descritiva. A partir de novos processos de tratamento, a informação poderia gerar conhecimentos, capazes de organizar a análise de uma situação de saúde para um conjunto definido de atores. Destacam ainda que há um terceiro plano em que informações e conhecimentos são postos a circular e constroem redes locais de produção de sentido, preparando intervenções diversas.

Uma das tendências que mais incomodam na atual prática de GC é de que os conceitos de conhecimento e informação são usados como sinônimos. Por exemplo, a gestão da informação adquirida no banco de dados da organização é frequentemente considerada como um exemplo do conhecimento organizacional e gestão do conhecimento. Gestão de dados e informação são importantes pilares da gestão do conhecimento, porém, a GC abrange questões mais amplas e, em particular, a criação dos processos, ambiente e comportamentos que permitem às pessoas transformar a informação dentro da organização, criar e compartilhar conhecimento (UNPAN, 2014a).

Com essa compreensão, Souza; Dias e Nassif (2011) esclarecem que a gestão da informação corresponde à parte do processo da gestão do conhecimento, por compreenderem que, embora esta se fundamente nas estruturas de informação, apresenta-se como um estágio qualitativamente superior. A GC implica essencialmente no entendimento de como as pessoas, a informação e o conhecimento se relacionam dinamicamente, em detrimento de programas e/ou modelos gestores fundamentados em noções e soluções tecnológicas, num movimento em direção aos processos de conhecer.

Da convergência dos termos informação e tecnologias de informação origina-se a expressão Gerência de Recursos Informacionais (GRI), que associa a institucionalização das tecnologias de computador, como recursos organizacionais, aos efeitos das tecnologias da comunicação e informação na sociedade. O trabalho da GRI é integrar os diversos meios internos e externos (pessoas, fontes de informação e tecnologias) para apoiar a gestão organizacional (SANTOS, et al 2011).

A GRI surgiu na década de 70 do século XX, mas a partir de 1998 passou a incorporar formulações advindas da Gestão do Conhecimento que destacam a necessidade de estruturar e gerenciar o conhecimento intangível de uma organização. Atualmente, a ênfase reside na questão da competência informacional, assim como na estruturação de metodologias que possam contribuir para um processo de tomada de decisões informado (SANTOS, et al 2011).

Para uma melhor compreensão teórica da GC, torna-se necessário explorar a definição de Conhecimento, que de acordo com Beckman (1998) é o discurso sobre a informação para nortear ativamente o trabalho da execução, a resolução de problemas e tomada de decisão, a fim de executar, aprender e ensinar.

Por tratar-se de um termo polissêmico, UNPAN (2014a) afirma que é quase impossível ter uma única definição que contemple todos os aspectos do conhecimento e, ao mesmo tempo, receba um conceito unânime, especialmente quando a incorporação do conhecimento muda em diferentes níveis: individual, organizacional e social. Esta é a razão pela qual muitos autores têm destacado a dificuldade de defini-lo de maneira sucinta, para evitar a imposição de uma definição restrita.

UNPAN (2014a) utiliza diversas definições de diferentes estudiosos e conclui que conhecimento é uma mistura fluente de experiência estruturada, crenças, informações relevantes e intuição de especialistas e, além de residir na mente humana, o conhecimento pode existir em formas como nos sistemas de organização, processos, produtos e cultura, dentre outros.

Quanto à taxonomia sobre o conhecimento, ele pode ser classificado de diversas formas, entretanto a mais aceita foi concebida por Nonaka e Takeuchi (1997) que são o conhecimento explícito e tácito. De acordo com os autores, o conhecimento explícito é aquele que pode ser expresso em palavras e números, pode ser facilmente comunicado e compartilhado sob a forma de dados brutos, fórmulas científicas, etc. Por outro lado, o conhecimento tácito é altamente pessoal e difícil de formalizar, pois as percepções são subjetivas, se configuram em intuições e palpites.

O conhecimento explícito é por vezes chamado de conhecimento formal, enquanto o conhecimento tácito é chamado de conhecimento informal. No entanto, deve-se destacar que essa definição não sugere automaticamente diferentes níveis de importância. Muitas vezes, para que as organizações construam a sua

competitividade estratégica e de desenvolvimento em longo prazo, o conhecimento tácito é realmente mais importante que o conhecimento explícito e deve, portanto, ser o foco dos programas de GC.

Na produção de conhecimento, em geral há um processo hermenêutico. Assim, a partir da mesma informação podem ser produzidos conhecimentos diferentes. Essas diferenças não são melhores ou piores, mas estão relacionadas à natureza interpretativa do conhecimento, que é realizada por um determinado ator em relação ao referencial teórico e / ou ideológico (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2006).

O Quadro 4 apresenta Sete Alavancas do Conhecimento, que tratam de atividades fundamentais para impulsionar o conhecimento em uma organização. Ele foi adaptado pela autora que manteve a primeira coluna, apenas substituiu a palavra “cliente” por “usuário” e modificou parcialmente a segunda, onde foram acrescentados elementos que encontram-se presentes e que compõem a área da saúde.

Quadro 4 - Sete Alavancas do Conhecimento.

Alavanca	Atividades Principais
Conhecimento acerca do Usuário	Desenvolver relações de compartilhamento do conhecimento. Compreender problemas e necessidades dos usuários. Identificar as necessidades não satisfeitas.
Relações das Partes Interessadas	Aprimorar os fluxos de conhecimentos entre os gestores, profissionais e comunidade. Usar esse conhecimento para informar planejamentos, programas e as principais estratégias.
<i>Insights</i> no ambiente de trabalho	Varredura sistemática do processo saúde-doença-cuidado, incluindo políticas sociais e de saúde, econômica, tecnologia, tendências de indicadores. Sistemas de Inteligência.
Memória Organizacional	O compartilhamento do conhecimento. Bancos de dados, práticas de qualidade da atenção. Diretórios de especialização. Documentos online, procedimentos e fóruns de discussão e Intranets.
Conhecimento em Processos	Compreensão dos processos (de trabalho, fluxos da atenção, itinerários terapêuticos, dentre outros) e gestão de tomada de decisão.
Conhecimento dos Serviços	Conhecimento dos serviços (por exemplo, em protocolos, guias de usuário).

Conhecimento de Pessoas	Educação Permanente (Feiras de compartilhamento de conhecimento, rodas de conversa, workshops de inovação). Redes de especialistas e aprendizagem (gestores, profissionais e comunidades).

Fonte: adaptado de David J. Skyrme, (1988) apud UNPAN, (2014a, p.9)

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1995), a gestão do conhecimento baseia-se em aprendizagem compartilhada, colaboração e a partilha de conhecimento no nível organizacional estratégico. Davenport e Prusak (1998) defendem que gestão do conhecimento envolve não apenas a produção de informação, mas também a captura, transmissão e análise de dados, bem como a comunicação de informações com base em ou derivado dos dados para aqueles que precisam trabalhar com eles.

Gestão do conhecimento é gerir conhecimento, especialmente, o conhecimento tácito, que reside na mente das pessoas. Portanto, um programa de gestão do conhecimento bem-sucedido exige uma boa gestão de recursos humanos. Para efetivamente implementar um programa de gestão do conhecimento, os trabalhadores precisam ser capacitados, além de, em geral, haver necessidade de um sistema de recompensa e/ou motivações, bem como mecanismos para desviar a crença comum de que “conhecimento é poder” para “compartilhar conhecimento é poder” (UNPAN, 2014a).

Não obstante a dificuldade de estabelecer uma definição de consenso para a GC, ao menos há um conjunto de aspectos fundamentais que devem ser identificados: a) é fundamental que o conhecimento seja usado e compartilhado dentro das organizações e, se possível, armazenados em suas formas mais explícitas; b) a gestão do conhecimento não deve ter somente a finalidade de compartilhar; e c) a gestão do conhecimento também deve ser considerada como facilitadora da inovação e da aprendizagem (UNPAN, 2014a).

A GC abrange toda a forma de gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento. Esse processo envolve o tratamento de grande volume de dados, tornando necessária a utilização de tecnologias de informação para que apresente eficiência. Desse modo, a GC é definida como uma disciplina que tem o objetivo de promover o crescimento do conhecimento, bem como a comunicação e a

preservação dele dentro de uma organização a fim de alcançar um aproveitamento ótimo desse recurso essencial (MONTANI; BELLAZZI, 2002).

A GC surge neste contexto como um método para mobilizar o conhecimento a fim de alcançar os objetivos estratégicos da organização e melhorar seu desempenho (BATISTA, 2012).

UNPAN (2014a) afirma, no entanto, que alguns acreditam que não há nada de especificamente novo no conceito de GC, entendido simplesmente como o uso das ferramentas do gerenciamento estabelecido (por exemplo, gestão de recursos humanos, novas oportunidades apresentadas por tecnologias da informação e comunicação, entre outras) para aprimorar o compartilhamento e criação de conhecimentos de uma organização e o mundo exterior. Ainda que muitas das ferramentas de gestão estabelecida já existissem muito antes do termo “gestão do conhecimento”, passou a ser aceito pelos estudiosos e profissionais que nenhuma das ferramentas de gestão reconheceram claramente o CONHECIMENTO como o objeto de gestão fundamental, como o fez a GC.

Para a gestão do conhecimento ser eficaz, a fluidez de informações e conhecimento entre os departamentos e unidades devem não apenas ser possível, mas incentivada (CEPAL, 2013).

O conhecimento se baseia na informação extraída a partir de dados. Em contraste com os dados que podem ser caracterizados como uma propriedade das coisas, o conhecimento é uma propriedade de agentes predispondo-os a agir em determinadas circunstâncias. A informação é o subconjunto de dados que residem nas coisas que ativa um agente através dos filtros perceptivos e cognitivos. Em contraste com a informação, o conhecimento não pode ser observado diretamente. Sua existência só pode ser inferida a partir das ações dos agentes (UNPAN, 2014a, p.11).

O processo de gestão do conhecimento pode usar várias ferramentas, a fim de ser eficaz. A maneira como uma organização lida com o conhecimento também pode influenciar o tipo de ferramenta de gestão do conhecimento selecionado. Portanto, torna-se claro que a tecnologia deve ser escolhida para apoiar os processos de conhecimento e não o contrário (ABDULLAH; DATE, 2009).

É imprescindível para uma organização traçar estratégias para obter o conhecimento certo, na hora certa e no formato correto para as pessoas. Cresce assim a complexidade das organizações, juntamente com o aumento da dimensão e

âmbito das atividades de informação, devido ao desenvolvimento da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). A gestão do conhecimento urge como uma necessidade de importância estratégica para as organizações modernas (UNPAN, 2014c).

A gestão do conhecimento é difícil de implementar no setor público, visto que requer uma mudança dos pensamentos sobre a gestão, o que exige também uma mudança de paradigmana na forma como a gestão do conhecimento é percebida. Em geral, o setor público é muito diversificado e complexo, possui muitas regras e hierarquia, o que torna difícil para que a GC avance neste setor (CEPAL, 2013) .

Heisig (2009) esclarece que os processos da GC são compostos das seguintes ações: identificar, criar, armazenar, compartilhar e aplicar conhecimento. Estabelece também que as dimensões da GC são **humana** (categorias: cultura, pessoas e liderança); de **organização** (categorias: estruturas e processos); de **tecnologia**; **gestão de processos** (categorias: estratégia e controle).

Misra (2007) define três dimensões estruturantes da Gestão do Conhecimento, que compõe a seguinte tríade: **pessoas**, que contempla as competências (incluído o conhecimento), os relacionamentos, valores e comportamentos dos indivíduos; **processos**, que organizam tarefas e atividades da organização, representam a estrutura interna e o funcionamento da organização; e **tecnologia**, que devem servir aos processos e às pessoas. Estas dimensões organizam a tomada de decisão em seus diferentes níveis, envolvendo valores, objetivos, exigências e fontes do conhecimento, priorização e alocação de recursos de ativos de conhecimento da organização.

No mundo da gestão do conhecimento as tentativas são de fazer uso prático do conhecimento para alcançar alguns objetivos organizacionais por meio da estruturação de pessoas, tecnologia e conhecimento dos conteúdos.

O compartilhamento do conhecimento envolve duas atividades: a transmissão (envio ou apresentação do conhecimento a um receptor potencial) e a apreensão por uma pessoa ou grupo. Caso o conhecimento não tenha sido internalizado, ele não foi efetivamente compartilhado. Simplesmente disponibilizar o conhecimento não é compartilhar. O acesso é necessário, mas não suficiente para assegurar que o conhecimento será usado (UNPAN, 2014b).

Por outro lado, mesmo que a transmissão e a apreensão do conhecimento juntos não tenham valor útil em determinado momento ou contexto, ou se o novo conhecimento não levar a alguma mudança de comportamento, ou não contribuir no desenvolvimento de alguma nova ideia que leve a um comportamento novo, ainda assim a estratégia deve ser mantida durante a concepção e implementação de qualquer programa de GC (UNPAN, 2014b).

A codificação é uma das principais atividades temáticas que devem ser incorporadas pela gestão pública. Deve-se, portanto, colocar o conhecimento de forma que o torne acessível àqueles que dele necessitam. Ela converte o conhecimento em formatos acessíveis e aplicáveis e literalmente transforma o conhecimento em um código (não necessariamente um código de computador) para torná-lo tão organizado, explícito, portátil quanto possível. Trata-se de um passo essencial para alavancar o seu valor na organização. Codificação dá “permanência” ao conhecimento que de outra forma só existe na mente dos indivíduos. Ela representa ou incorpora o conhecimento em formas que possam ser compartilhados, armazenados, combinados e manipulados de várias maneiras (UNPAN, 2014b).

O processo de codificação do conhecimento tácito nas organizações é geralmente limitado a localizar alguém com o conhecimento e encorajá-lo a interagir. A essência dessa abordagem é conectar os problemas com aqueles que têm as soluções. Isto é baseado no entendimento de que o fornecimento de acesso a pessoas com conhecimento tácito é mais eficiente do que tentar capturar e codificar o conhecimento por via eletrônica ou em papel. Isto é geralmente chamado de mapeamento de fontes de conhecimento e constitui a principal atividade de gestão do conhecimento no governo (UNPAN, 2014b).

Um mapa do conhecimento aponta o conhecimento, mas não o possui. É simplesmente um guia que envolve localizar conhecimentos importantes na organização e publicar algum tipo de lista ou imagem que mostre onde encontrá-los. Os mapas do conhecimento geralmente apontam para pessoas, mas ao mesmo tempo também poderiam apontar para documentos e banco de dados. O objetivo principal e o mais evidente benefício de um mapa do conhecimento é mostrar às pessoas na organização para onde ir quando precisarem de conhecimentos. Os membros da organização munidos de um bom mapa de conhecimento terão acesso a fontes de conhecimento específico para resolver os problemas, que de outra forma seria difícil ou impossível de encontrar por si próprio (UPAN, 2014b).

UNPAN (2014c) enfatizam que, em geral, as diversas novas tecnologias que têm sido desenvolvidas e são mais relevantes para a gestão do conhecimento dentro das organizações do governo poderiam ser classificadas nos seguintes grupos: **tecnologias de banco de dados**, **tecnologias de apoio à decisão** e **tecnologias de rede**.

Um **banco de dados** é uma coleção de dados organizados para servir eficazmente a muitas aplicações, centralizar os dados e minimizar os dados redundantes. Um Sistema de Gerenciamento de Banco de Dados (SGBD) é o software que permite à organização centralizar os dados, gerenciá-los de forma eficiente e fornecer o seu acesso através dos programas. As tecnologias de bancos de dados são aplicadas a algumas formas básicas de sistemas de informação durante o processo de GC. Os chamados Sistemas Setoriais ajudam nas operações básicas em um setor específico da administração pública, como a previdência social, saúde, trânsito, etc. (UNPAN, 2014c).

No âmbito da saúde, prontuários eletrônicos dos doentes estão se tornando a base de conhecimento para as operações, ligando os diferentes prestadores de assistência, tais como hospitais, farmácias, médicos, companhias de seguro, etc. Como resultado, durante a fase de elaboração e implementação de diversas políticas públicas, o apoio destes tipos de sistemas é necessário (UNPAN, 2014c).

As **tecnologias de apoio à decisão** utilizadas no sistema de gestão do conhecimento servirão como auxílio aos processos decisórios através da aplicação de regras específicas aos dados e conhecimentos, individualmente ou coletivamente. Um Sistema de apoio à decisão são programas de computador que contribuem para a memória organizacional ou para a aprendizagem armazenada da organização. Ele pode ajudar na tomada de decisão, fazendo perguntas relevantes e explicando as razões para a adoção de determinadas ações (UNPAN, 2014c).

Com o surgimento do conceito de "compartilhar o conhecimento é poder", as **tecnologias de rede** permitem atividades de gestão de conhecimento para apoio à decisão colaborativa, compartilhamento de informação e aprendizagem organizacional. Uma infraestrutura de TIC oferece uma ampla plataforma para o intercâmbio de dados, coordenação de atividades e compartilhamento de informações. Atualmente, a informação computacional proporciona uma capacidade eficaz de processamento de informação e a rede fornece normas e conectividade para a integração digital. São exemplos destas tecnologias de compartilhamento de

arquivos, e-mail, *websites*, conversas, orientação, mensagens, vídeo-conferência e similares, *intranets* e *extranets* (UNPAN, 2014c).

Há uma série de modelos ou métodos para se realizar um diagnóstico e avaliação de Gestão do Conhecimento em uma organização. De acordo com Carpes (2012), uma avaliação da Gestão do Conhecimento em uma organização deve essencialmente buscar quantificar a capacidade da organização em alavancar informação, conhecimento, experiência e intuição entre suas pessoas, processos e sistemas a fim de atingir seus objetivos e gerar valor.

Entre os métodos mais utilizados encontra-se o *Organizational Knowledge Assessment* (OKA), que se constitui de uma Avaliação do Conhecimento Organizacional, elaborado pelo *World Bank Institute*². No Brasil há uma emergência na utilização desse método: várias organizações já o utilizaram, sendo todas elas governamentais. Entre as organizações públicas que o aplicaram, cita-se Câmara dos Deputados; Eletronorte; Ministério da Agricultura; Exército Brasileiro; Companhia Hidroelétrica do São Francisco; Serviço Federal de Processamento de Dados; dentre outras (CARPES, 2012).

O método OKA se apoia em um tripé composto por três categorias de análise chamadas de Elementos Básicos, são eles Pessoas, Processos e Sistemas. Inclui ainda 14 “Dimensões do Conhecimento”, que individualmente incorporam uma série de métricas escolhidas como resultado de entrevistas e pesquisa na área de Gestão do Conhecimento e da experiência derivada do Banco Mundial (CARPES, 2012).

De acordo com Batista (2012) o aumento da capacidade de realização de indivíduos, de equipes de trabalho, da organização pública e da sociedade em geral, bem como o impacto na melhoria de processos, produtos e serviços públicos prestados à população justificam a implementação da GC na administração pública.

Para tanto, Batista (2012) é favorável à posição daqueles que defendem a necessidade de um modelo específico de GC para o setor público, muito embora considere que podem ser usados elementos de outros modelos. Para justificar essa posição, o autor apresenta algumas premissas que levam à conclusão de que é

2 O Método foi desenvolvido em 2006 pelo Instituto do Banco Mundial e a autoria atribui-se a Ana Flávia Fonseca, baseado em uma extensa revisão de literatura e experiências do Banco, concebido com o objetivo de avaliar a capacidade e o nível de preparação de uma organização na utilização adequada de seus ativos intelectuais (CARPES, 2012)

necessário para as organizações públicas, na implementação da GC, construir um modelo genérico (que sirva a todas organizações públicas), holístico (que permita um entendimento mais integral da GC), com foco em resultados (que vise alcançar objetivos estratégicos e melhorar o desempenho) e específico de GC para a administração pública brasileira.

Como vantagens em se adotar a GC em uma organização destacam-se: o aumento da efetividade; o uso mais eficiente dos recursos (incluindo conhecimento); melhoria do processo de decisão e aumento na inovação; maior qualidade gerando a satisfação do usuário; qualidade dos produtos e serviços com resultado da aplicação do conhecimento para melhorar os processos de trabalho; e relacionamento com os usuários (BATISTA, 2012).

Assim, um sistema de GC bem conduzido ajudará a preservar o conhecimento, bem como possibilitará aos trabalhadores da organização pública adquirir conhecimento de forma mais eficiente e eficaz, tendo em vista que o conhecimento em si é um bem público e quanto mais se compartilha ele tende a aumentar. Como tal, nos reportamos ao conhecimento do campo da produção da saúde, que deve ser utilizado para o aprofundamento da cidadania, da equidade e da integralidade.

2.2 A GC NA GESTÃO DA SAÚDE E A ADOÇÃO DE PRÁTICAS INOVADORAS

Os temas Tecnologia e Inovação Tecnológica estão em pauta nos meios de comunicação e nas agendas de governos, agências de fomento à pesquisa e em diversas organizações com forte influência no setor saúde. Há uma difusão da ideia de que se vive em uma época histórica de desenvolvimento tecnológico sem precedentes, o que faz a sociedade atual ser reconhecida como a do conhecimento e da tecnologia. Tornou-se comum que organizações e instituições coloquem a aprendizagem permanente e a produção de novos conhecimentos e tecnologias como centro estratégico de sua sobrevivência e crescimento (LORENZETTI; et al, 2012).

A constituição de novos arranjos institucionais em pesquisa, desenvolvimento e inovação buscam a maximização dos recursos disponíveis e a junção de competências e de conhecimentos entre os sujeitos e a organização. Essa

integração contribui para a criação de confiança entre eles, permite mais velocidade na geração e difusão dos conhecimentos e estimula a inovação (MARTINS; ARTMANN; RIVERA, 2012).

Rocha et al (2012) esclarecem que o conhecimento é um dos mais importantes recursos de uma organização, por ser capaz de tornar as ações, nos níveis organizacional e individual, mais inteligentes, eficientes e eficazes. Isso estimula a elaboração de produtos e serviços inovadores e continuamente excelentes em termos de complexidade, flexibilidade e criatividade.

Inovação Tecnológica em Saúde representa a aplicação de novos conhecimentos, que tanto podem aparecer de forma concretamente incorporada num artefato físico (um equipamento ou medicamento, por exemplo), quanto podem representar “ideias”, na forma de novos procedimentos (ou práticas) ou de (re)organização dos serviços (BRASIL, 2011d).

No setor privado a GC é vista como um instrumento de inovação que possibilita aumentar a satisfação do cliente e, conseqüentemente, aumentar a produtividade e lucratividade. Desse modo, a empresa gera riquezas, torna-se mais competitiva e se mantém no mercado. Na administração pública, a GC ajuda as organizações a enfrentar novos desafios, programar práticas inovadoras de gestão e melhorar a qualidade dos processos, produtos e serviços públicos em benefício do cidadão-usuário e da sociedade em geral (BATISTA, 2012).

No setor público, é importante relacionar também os processos de GC (identificação, criação, compartilhamento, armazenamento e aplicação do conhecimento) à aprendizagem e à inovação. A inovação nas organizações públicas é voltada para o aumento da eficiência e para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados à população. A GC pode ser usada para aumentar a capacidade organizacional e dessa forma alcançar a excelência por meio da melhoria dos processos internos, desenvolvimento de competências essenciais e planejamento de estratégias inovadoras (BATISTA, 2012).

A Lei da Inovação brasileira define inovação como introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços (BRASIL, 2004).

Desde 2003 o Ministério da Saúde inclui o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação em saúde como uma das estratégias da gestão, ao fazer a revisão das estratégias para a consolidação do SUS. Nessa direção, foi criada a

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), para realizar essa política, dentro de uma perspectiva sistêmica de longo prazo. Dentre os objetivos da SCTIE estão a redução da vulnerabilidade da política social brasileira, o fortalecimento do Complexo Produtivo da Saúde e o aumento da competitividade em inovação dos produtores de insumos estratégicos para saúde (MARTINS; ARTMANN; RIVERA, 2012).

Na atualidade é notável a influência da inovação tecnológica, seja em termos de disponibilidade de equipamentos, seja em novas técnicas assistenciais, sobre diferentes campos ou especialidades do setor saúde. Assim, são impactados os conhecimentos da clínica e da epidemiologia, da saúde mental, da dimensão cultural do processo saúde-doença e os modelos de organização e gestão do trabalho. Contudo, o setor saúde é influenciado pelo paradigma da ciência positiva, dessa forma, mostra-se sensível à incorporação tecnológicas do tipo material, para fins terapêuticos, diagnósticos e de manutenção da vida. Para tanto, recorre-se a conhecimentos e produtos da informática, novos equipamentos e materiais, mas tem sido menos agressiva a utilização de inovações do tipo não material, em especial das inovações no campo da organização e relações de trabalho (LORENZETTI et al, 2012). Nessa direção, Martins; Artmann; Rivera, (2012) garantem que o Brasil ainda não dispõe de um sistema nacional de inovação em saúde na sua plenitude.

A GC possibilita o alcance de respostas rápidas e assertivas na tomada de decisões, inclusive na prática clínica. A globalização da economia, impulsionada pelas tecnologias de informação e comunicação, são uma realidade, e é nesse contexto que a gestão do conhecimento se transforma em recurso estratégico para a vida das instituições de saúde e das pessoas que nelas trabalham (ROCHA et al , 2012).

No Brasil algumas instituições públicas da área de saúde já utilizam algum modelo de GC em sua administração, a exemplo do Instituto Nacional do Câncer (INCA) que implementou um modelo de sistema de GC com quatro passos (criação, estruturação, compartilhamento e aplicação do conhecimento) tomando por base um trabalho desenvolvido por Bose em 2003. Nesse caso o conhecimento é visto como um processo que extrai, transforma e dissemina a informação a ser compartilhada e reutilizada em toda a organização. Além disso, o modelo adotado pelo INCA conta com a contribuição de Thomas Davenport e Laurence Prusak que descrevem os quatro maiores objetivos dos sistemas de GC: criar o conhecimento, aumentar o

acesso ao conhecimento, melhorar o ambiente do conhecimento e gerenciar o conhecimento como um ativo intangível (BARBOSA, et al, 2009).

No Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi implantado um modelo para os Protocolos Assistenciais (PAs) que foi premiada em 2002 no 7º Concurso de Inovação na Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública. Na ocasião, essa experiência não foi premiada como caso de implementação de GC, mas como prática inovadora de gestão pública. Entretanto, a experiência do HCPA reúne todos os elementos de GC: identificação, criação, armazenamento, compartilhamento e aplicação do conhecimento (BATISTA, 2012).

No período de 1998 a 2002, o HCPA desenvolveu, implementou e avaliou os PAs de acidente vascular cerebral isquêmico, hemorragia digestiva, dor torácica aguda (infarto do miocárdio e angina instável), dentre outros. A identificação do conhecimento ocorreu no desenvolvimento dos PAs quando a equipe multidisciplinar do hospital encontrou na literatura científica e na experiência do corpo clínico do HCPA as melhores práticas de tratamento das patologias. A implementação dos PAs permitiu a criação de novos conhecimentos, isto é, o HCPA gerou novas ideias, estabeleceu novas maneiras de executar os processos de trabalho e introduziu novas práticas de gestão. O registro do conhecimento extraído da literatura científica e da experiência do corpo clínico em prontuários assistenciais é a evidência do processo de armazenamento do conhecimento (BATISTA, 2012).

Batista (2012) estabelece que um modelo para ser adequado para orientar as organizações públicas brasileiras na implementação da GC, deve reunir as seguintes características, dentre outras: ser simples, prático; ter definição clara, objetiva e contextualizada de GC para a administração pública; contemplar as partes interessadas da administração pública, em especial o cidadão e a sociedade; ter sólida fundamentação teórica baseada em revisão sistemática de literatura sobre modelos de GC (*KM Frameworks*) para a administração pública e na análise de modelos utilizados por organizações públicas e privadas.

Duas frentes merecem destaque na implementação da GC em uma organização. A primeira corresponde ao uso de TIC através da utilização dos Sistemas de Informação e da Internet que tem como objetivos capturar a informação em bancos de dados, melhorar a comunicação interna (para compartilhar o conhecimento dentro da organização) e externa (para determinar as necessidades dos usuários e gerenciar melhor o fluxo de serviços). A segunda é a ênfase nas

peçoas, na qual é premente a criação de um ambiente que fomente a inovação e a utilização máxima das competências e habilidades, que vem a ser a gestão do capital humano.

Entretanto, a realidade é que a concepção e a implementação de um programa de GC bem sucedido não é tão simples quanto se pensa. Mesmo que todas as “ferramentas de gestão estabelecidas” necessárias estejam disponíveis, isso não sugere que as organizações devam presumir que a gestão do conhecimento acontece naturalmente (UNPAN, 2014a).

Nessa era do conhecimento certamente, tal visão parece acanhada para qualquer organização negligenciar as vantagens da gestão do conhecimento. Mas é preciso salientar que a GC não é apenas uma nova ferramenta de gestão, com “super poderes” capazes de resolver todos os problemas dentro de uma organização. Na realidade, a julgar por algumas das atuais práticas, a gestão do conhecimento também vem com “custos agregados”, a exemplo da prática de GC que gera uma sobrecarga de informação e tempo extra, dedicado às atividades nesta área (UNPAN, 2014a).

O progresso científico e tecnológico traz inovações que aperfeiçoam soluções e, ao mesmo tempo, colocam o gestor diante de novos desafios no campo da gestão da saúde, tal como a adoção de critérios de acompanhamento e avaliação adequados para o aprimoramento das ações. Se, por um lado, torna-se necessário adequar os procedimentos à incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias, por outro, precisam adquirir modernas ferramentas gerenciais, administrativas e estruturais, principalmente no campo da tecnologia da informação e comunicação, fazendo-se necessário avançar na obtenção de novos conhecimentos estratégicos na gestão pública (BRASIL, 2011c).

Reiterando esse raciocínio, Batista (2012) ressalta que um modelo de GC para a administração pública brasileira deve incluir as dimensões cidadão-usuário e sociedade, o que não se observa nos modelos adotados para organizações de uma maneira geral.

Assim, neste estudo adotamos o conceito de GC definido por Davenport e Prusak (1998), como um conjunto integrado de ações que visam identificar, capturar, gerenciar e compartilhar todo o ativo de informações de uma organização. Estas informações podem estar sob a forma de banco de dados, documentos impressos, e outros meios, bem como em pessoas através de suas experiências e habilidades.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para abrir este item que trata do percurso metodológico, parece-nos interessante contar com a afirmação de Minayo (2012) de que fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que essa tríade se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. A essa trilogia é acrescentado que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom do estudo que elabora.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo sobre a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde para o processo de tomada de decisão pelos gestores da saúde em municípios do sul do Estado da Bahia - Brasil. Nesse contexto, Triviños (2010) esclarece que se deve contemplar uma descrição ampla do fenômeno, buscando explicá-lo e compreendê-lo, incluindo os processos e produtos centrados no sujeito e as suas vinculações essenciais com a realidade que se referem aos elementos produzidos pelo meio do sujeito e que têm influência no seu desempenho junto à população.

Optamos pela pesquisa qualitativa, pois foi a escolha que se mostrou adequada para o desenho do estudo. Esse tipo de abordagem teórica escolhida contribui para aumentar o conhecimento acerca do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Um dos problemas a serem enfrentados pelo pesquisador da metodologia qualitativa é a imprecisão que começa pelo conceito de qualidade. No entanto, sugere-se pensar qualidade como “intensidade” e não como “extensão”. Para exemplificar, usamos o caso de um partido político que não pode medir a militância apenas pelo número de seus afiliados, pois esse número se refere apenas à

extensão, enquanto a militância seria a atuação cotidiana dos membros do partido, esta sim entendida como “intensidade” (DEMO, 2004).

A palavra qualidade tem origem etimológica do latim *qualitate*, ligado à palavra *qualis*, uma interrogação que indagava “qual?”, “de que tipo?” e “de que maneira?”. Minayo (2012) explica que a matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. A abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

Canzonieri (2011) assegura que esse tipo de abordagem busca compreender um fenômeno específico em profundidade e cabe ao pesquisador observar, analisar, decifrar e interpretar significações dos sujeitos do estudo e não apenas descrever fatos. Sobre o método qualitativo Demo (2004) esclarece que se o próprio ser humano em sua plenitude já é repleto de dualidades, o método para estudá-lo em uma dimensão mais ampla necessita estar aberto às possibilidades de entender a sua participação, o seu envolvimento e a sua politicidade. Politicidade refere-se a realidades que abrigam em si potencialidades negociáveis que fazem delas fenômenos capazes de história própria.

Canzonieri (2011) destaca cinco pilares importantes quando da opção pela pesquisa qualitativa. Na oportunidade, destacaremos três: a busca da compreensão, da significação do fenômeno em si mesmo; o sujeito é o objeto da pesquisa, pois a significação é dada por ele ou por um grupo de indivíduos; e o pesquisador faz parte do processo de pesquisa, suas percepções e conhecimentos sobre o tema pesquisado são relevantes para a realização da investigação, a autoridade do pesquisador se manifesta pela circunstância de que aquilo que ele investiga faz parte do seu mundo.

Neste contexto, a abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, tenta entender o mundo em que os sujeitos vivem e trabalham, desenvolvendo significados subjetivos para suas experiências. Esses significados são variados e múltiplos, levando o pesquisador a buscar uma complexidade de visões (MINAYO, 2011).

3.2. CAMPO

A pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre (CANZONIERI, 2011). O Estado da Bahia é composto por 417 municípios, com população total em torno de 15.000.000 de habitantes, distribuída em 28 regiões de saúde e 31 Diretorias Regionais de Saúde. A região sul contempla 4 regiões de saúde (sedes nos municípios de Jequié, Ilhéus, Itabuna e Valença). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família no estado até julho de 2014 era de 64,72%, e até 2012 haviam aderido ao Pacto pela Saúde 288 municípios ou seja, 69,06%.

O estudo foi realizado em 16 municípios do sul da Bahia. A região de saúde sob investigação tem como núcleo o município de Itabuna, que também é sede da 7ª Diretoria Regional de Saúde (7ª Dires), atualmente composta por 22 municípios (destacado na Figura 2), com população total com pouco mais de 500.000 habitantes. No final do ano de 2012, estabelecemos contatos com os 21 municípios, através das suas Secretarias Municipais de Saúde, que compunham a região à época para a solicitação de autorização para a realização da pesquisa. Na oportunidade, foi encaminhada uma cópia do projeto de pesquisa.

Naquele período (último trimestre de 2012) os municípios haviam passado por eleições municipais e de 21 municípios, 5 haviam reeleito seus prefeitos, os demais não foram reeleitos ou não conseguiram eleger os seus sucessores. Diante desse quadro, mesmo com o empenho da pesquisadora que buscou diversos contatos e esclarecimentos, em 3 municípios não houve sucesso para a efetivação da autorização. Na ocasião, inclusive, um município encontrava-se sem secretário e sem equipe co-gestora. Portanto, 18 municípios foram elegíveis para participação na pesquisa. Contudo, 2 municípios que haviam autorizado a realização da pesquisa, não foram contemplados, em observância aos critérios de exclusão. Finalmente, permaneceram 16 municípios.

Dos 16 municípios contemplados no estudo, apenas o município sede possui população acima de 200.000 habitantes; 5 municípios tem população abaixo de 10.000 habitantes; em 4 deles a população encontra-se entre 10.000 e 20.000 habitantes; e 6 deles possuem população entre 20.000 a 33.100 habitantes (Quadro 5).

Quanto à cobertura da Estratégia de Saúde da Família, verifica-se no Quadro 5 que 13, dos 16 municípios, possuem acima de 90%. A menor cobertura é

do município sede Itabuna com 34,8% e a maior é do município de Jussari com 97,37%. Porém, essas coberturas variam muito, mesmo dentro do período de um ano, em virtude da alta rotatividade dos profissionais que compõem as equipes, sobretudo, do profissional médico.

Figura 2 - Mapa do Estado da Bahia. Destaque em amarelo da região de saúde – Itabuna.
FONTE: SESAB, PDR, 2014.

Dos municípios desta região de saúde, apenas 2 aderiram e assinaram o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Pacto pela Saúde, os demais encontram-se habilitados em formas antigas de gestão.

Quadro 5 - Informações dos municípios envolvidos no estudo por ordem alfabética.

Municípios	População (nº habitantes)	% de cobertura ESF	Adesão ao Pacto pela Saúde
Aurelino Leal	13.525	96,55	Não
Barro Preto	6.767	90,47	Não
Buerarema	19.311	95,95	Não
Camacan	33.068	95,36	Não
Coaraci	20.620	83,66	Sim
Ibicaraí	24.595	95,79	Sim
Ibirapitanga	24.059	43,02	Não
Itabuna	218.124	34,8	Não

Itaju do Colônia	7.507	94,82	Não
Itajuípe	21.884	94,59	Não
Itapé	10.682	97,7	Não
Itapitanga	10.799	94,28	Não
Jussari	6.493	97,37	Não
Santa Cruz da Vitória	6.808	95,2	Não
São José da Vitória	6.202	90,44	Não
Ubaitaba	21.183	81,43	Não

Fonte: Ministério da Saúde: Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) (informações até julho de 2014).

Desse modo, optamos pela análise da utilização dos SIS nos processos decisórios pela gestão da saúde dos municípios dessa região, pois, embora haja heterogeneidade e diferentes complexidades dos sistemas de saúde nesses territórios, todos os SIS abordados estão implantados.

3.3. SUJEITOS

Canzonieri (2011) esclarece que em investigações de caráter qualitativo se delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e se intensifica o estudo sobre os mesmos. A pretensão é compreender em níveis aprofundados o que se refere aos sujeitos na qualidade de indivíduos ou membros de um grupo social. Desse modo, exige observações de situações cotidianas e requer uma descrição e análise subjetiva da experiência.

Na estrutura organizacional de uma Secretaria de Saúde, geralmente, os(as) Secretários(as) Municipais de Saúde são nomeados como cargos comissionados e comumente são profissionais da área de saúde, como enfermeiros, médicos, odontólogos, farmacêuticos, dentre outros. Alguns, por outro lado, possuem grau de escolaridade do ensino fundamental ou médio e exercem essa função de gestor no nível central da secretaria. Os critérios para inclusão dos sujeitos no estudo foi o de exercer a função/cargo de gestor municipal da saúde (secretário ou secretária) em um dos 21 municípios da região de saúde Itabuna. Foram eliminados os sujeitos que após 3 tentativas de agendamento não se disponibilizarem a proceder a coleta dos dados.

Após as tentativas de contato para marcação da coleta de dados, com vistas ao atendimento dos critérios de inclusão, permaneceu um total de 16 secretários(as) municipais de saúde. Na época da coleta de dados a faixa etária dos participantes variou de 29 a 64 anos. Em relação ao gênero, 11 eram mulheres e 5, homens, o que era presumível em virtude do grande número de gestoras enfermeiras, visto que a força de trabalho dessa categoria profissional é predominantemente feminina.

Dos 16 participantes, 62,5% possuem formação de Enfermeiros (10 no total), 18,7% (total de 3) deles tem ensino médio completo e outros 18,7 (3) possuem formação de médico, engenheiro agrônomo e economista. Dentre os 13 gestores com nível superior completo, 9 são egressos de universidades públicas e 84,6 (11 no total) contam com especialização. Dos 11 com pós-graduação *lato sensu*, 9 deles são especialistas em saúde pública, um é auditor de sistemas de saúde e outro é especialista em medicina ocupacional.

Dos 16 sujeitos, 56,2% (9 no total) já atuaram como secretários municipais de saúde no mesmo ou em outros municípios da região, o que demonstra experiência na área; cinco já haviam trabalhado como co-gestores da saúde e apenas dois não tinham experiências anteriores na área de gestão. O Quadro 6 apresenta uma síntese do perfil dos gestores que participaram do estudo.

Quadro 6 - Síntese do Perfil dos 16 gestores participantes da pesquisa em números absolutos (nº).

Faixa-etária	nº	Gênero	nº	Formação Profissional	nº	Pós-Graduação (<i>lato sensu</i>)	nº	Experiência anterior em gestão	nº
29-39	6	F	11	Enfermeiro	10	Saúde Pública	9	Atuou como gestor	9
40-50	6			Ensino médio completo	3	Medicina ocupacional	1	Atuou como co-gestor	5
51-61	2			Médico	1		1		
62 e +	2	M	5	Economista	1	Auditoria sistemas	1	Nunca atuou antes	2
				Engenheiro Agrônomo	1	Não possui	2		

Fonte: Banco de dados pesquisa da autora.

O compartilhamento das vivências e experiências do tema do estudo através do encontro entre os sujeitos e o pesquisador por meio da entrevista produziu o que Minayo (2012) defende como o senso comum que é o “chão” dos estudos qualitativos. Trata-se de um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano nas situações de sua vida. Ele se constitui de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir. A vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade e de sua participação na história. Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

De acordo com Minayo (2011), teoria e metodologia caminham juntas e vinculadas. O conjunto de técnicas que constitui o instrumental necessário para a aplicação da teoria é, por sua vez, um elemento fundamental para a coerência metódica e sistemática da investigação.

Se o método é o caminho, a técnica é o modo de caminhar. A técnica operacionaliza o método e designa um conjunto de procedimentos para se realizar uma tarefa. Utilizamos como técnicas de coleta de dados a entrevista e a análise documental. Desse modo, os resultados de uma técnica podem ajudar a desenvolver ou informar a outro; um método pode ser mais bem acomodado dentro de outro para gerar informações em diferentes níveis.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos sujeitos que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 2011).

Sobre essa técnica Gil (2008) nos esclarece que se trata de uma forma de interação social e de uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. O pesquisador pode formular perguntas ao entrevistado com o objetivo de obter dados que interessam à investigação.

Optamos pela entrevista semi-estruturada (Apêndice C), na qual as questões a serem abordadas são definidas *a priori*, porém permitem reformulações, pois

atuam como disparadoras que possibilitam uma interação, entre entrevistador e entrevistado, o que pode incluir perguntas de esclarecimento acerca do tema a ser analisado. Esse tipo de entrevista ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece também as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 2010).

A maioria das entrevistas (13 no total) foi realizada a partir de visita da pesquisadora *in loco* aos municípios e ocorreram nas dependências das Secretarias de Saúde. As três demais aconteceram nas dependências da sede da 7ª Dires. Em ambos os casos a opção foi do (a) próprio (a) gestor (a). As entrevistas foram realizadas no período de setembro de 2013 a maio de 2014, sempre em sala reservada, e tiveram duração média de 30 minutos, sendo gravadas em aparelho de áudio.

A análise documental se constituiu em uma técnica importante nesse estudo, pois complementou as informações obtidas a partir da outra técnica. Os dois instrumentos se retroalimentaram constantemente de forma a desvelar aspectos novos do problema. De acordo com Bardin (2011), a análise documental tem por objetivo dar outra forma e representar de outra maneira a informação contida nos documentos por intermédio de procedimentos de transformação. Além disso, este tipo de análise armazena a informação de maneira a facilitar o acesso do observador para que se obtenha o máximo de dados (aspecto quantitativo) e com um máximo de pertinência (aspecto qualitativo).

A pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Após cada entrevista realizada com os gestores, solicitamos documentos tais como planos de saúde, relatórios de gestão, programações, resultados de pactuações, relatórios produzidos a partir dos SIS utilizados, entre outros – enfim, qualquer documento elaborado pela presente gestão em que tivesse sido utilizado algum(ns) SIS e, preferencialmente, os mais atuais. Essa etapa se propôs a produzir e/ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos, para isso foi construído um roteiro para coleta de dados (APÊNDICE D).

Dos 16 municípios participantes, 10 disponibilizaram ao menos um documento para a coleta de dados, sendo que dos documentos de dois municípios (duas atas do Conselho Municipal de Saúde e um Relatório encaminhado para a

Câmara de vereadores) não havia elementos suficientes que justificassem a aplicação do roteiro de coleta de dados. Três municípios justificaram que até o dia da coleta de dados nenhum documento havia sido produzido/elaborado pela secretaria; outros três garantiram que enviariam uma cópia posteriormente, via e-mail, e não o fizeram, mesmo após mais de três contatos e solicitações da pesquisadora; e um município disponibilizou um Plano de Saúde, porém como até o momento de início das análises o mesmo não havia sido apreciado e aprovado pelo respectivo CMS, entendemos que não poderíamos utilizá-lo.

Os resultados das pactuações encontram-se disponíveis via *web* no sítio do SISPACTO do Ministério da Saúde. Contudo, numa triagem realizada pela pesquisadora, verificou-se que todos os municípios participantes pactuaram apenas os indicadores sinalizados como obrigatório pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que têm o Pacto pela Saúde como norteador, sem nenhum acréscimo ou modificação. Nesse contexto, optou-se por não incluí-los na investigação.

Assim, sete municípios disponibilizaram documentos que foram submetidos ao roteiro para a coleta de dados e em seguida para a análise (Quadro 7).

Quadro 7 - Documentos disponibilizados pelos municípios (nomes fictícios) que foram submetidos à coleta de dados e análise.

Município	Tipo e quantidade	Período de Vigência
Alfa	Plano de Saúde (1), Relatórios de Gestão (2) e Projeto NASF (1)	2010-2013 2010 e 2012 2013
Beta	Plano de Saúde (1) e Relatórios de Gestão (2)	2010-2013 e 2009 e 2010
Delta	Plano de Saúde (1), Relatórios de Gestão (2) e Projeto NASF (1)	2010-2013, 2010 e 2012 2013
Gama	Plano de Saúde (1), Relatórios de Gestão (2) e Projeto NASF (1)	2010-2013, 2009 e 2012 2013
Eta	Projeto NASF (1)	2013
Omega	Projeto NASF (1)	2013
Sigma	Plano de Saúde (1)	2014-2017

Fonte: Banco de dados da autora.

O investigador deve interpretar os documentos, sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer a inferência. Como os documentos não se encontram isolados de um contexto, eles precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Minayo (2012) nos ensina a ir a campo munido de teoria e pressupostos, mas aberto para questioná-los. É imprescindível imergir na realidade empírica na busca de informações previstas ou não previstas no roteiro inicial. Tanto na observação, como na interlocução com os atores, o investigador é um ator ativo, que questiona, interpreta, e desenvolve um olhar crítico.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, levando em conta a singularidade do indivíduo. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do entrevistado, que tem um entendimento incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores (MINAYO, 2012).

Na fase de análise dos dados, optamos pela técnica de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas. Para Franco (2012) o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, documental ou diretamente provocada, necessariamente ela expressa um significado e um sentido. Além disso, ela está vinculada às condições contextuais de seus produtores.

Selecionamos unidades de registro para análise do conteúdo. Em geral o tema é utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, dentre outras.

Para Bardin (2011) essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem. O tema é a unidade de significação, consistindo em se descobrir os núcleos de sentido que compõem a

comunicação e cuja presença ou frequência de aparecimento no discurso significa alguma coisa para o objetivo analítico escolhido para o estudo. Nesta perspectiva, a análise temática é uma das modalidades da análise de conteúdo.

Desse modo, a análise de conteúdo envolveu as seguintes fases: pré-análise, que é a organização do material, estabelecendo contato com os depoimentos, a fim de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, conhecendo as significações através da leitura flutuante, passando a ser exaustiva. Em seguida a exploração do material, que se inicia na pré-análise, mas onde já ocorre uma aplicação sistemática das decisões tomadas, que explora os depoimentos e consiste em operações decodificação, e a interpretação, busca de sínteses convergentes e divergentes de ideias, abrange a reflexão e a intuição com base nos materiais empíricos, estabelecem relações, considera o movimento dos sujeitos e do contexto e avalia tanto o que foi explicitado diretamente nas fontes, quanto àquilo que não o foi. A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação, onde os resultados brutos são tratados de maneira a se tornarem significativos (“falantes”) e válidos (BARDIN, 2011).

Produzir inferências é *la raison d'être* da análise de conteúdo, pois confere a esse procedimento relevância teórica, visto que um dado sobre o conteúdo de uma mensagem é sem sentido até que seja relacionado a outros dados. O vínculo entre eles é representado por alguma teoria, assim toda análise de conteúdo implica comparações (FRANCO, 2012).

Para a análise de documentos desenvolvemos um processo concatenado, obtendo inicialmente um conjunto dados, que após ser lido exaustivamente poderá gerar categorias, obtidas a partir do roteiro de acordo com o Apêndice B. A fase seguinte envolverá um enriquecimento do instrumento, que incluirá as seguintes estratégias: aprofundamento, ligação e ampliação. Baseado naquilo que já se obteve, o pesquisador volta a examinar o material no intuito de aumentar o seu conhecimento, descobrir novos ângulos e aprofundar a sua visão. Ele pode também explorar as ligações existentes entre os vários itens, tentando estabelecer relações e associações, passando então a combiná-los, separá-los ou reorganizá-los (LUDKE e ANDRÉ, 1986, *apud* SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

De acordo com Triviños (2010), na interação dos materiais (tanto dos documentos, quanto das respostas obtidas por meio das entrevistas) não é possível que o pesquisador detenha sua atenção exclusivamente no conteúdo manifesto. Ele

deve aprofundar a sua análise buscando desvendar o conteúdo latente que eles possuem.

Com essa mesma compreensão, Franco (2012) nos informa que é com base no conteúdo manifesto e explícito que se inicia o processo de análise. Entretanto, não significa descartar a possibilidade de se realizar a análise do conteúdo oculto das mensagens e de suas entrelinhas. Esse procedimento tende a valorizar o material a ser submetido a análise, pois o conteúdo latente pode explicitar os contextos sociais e históricos nos quais foram produzidos.

Nessa perspectiva, Bardin (2011) explica que há analogias entre análise de conteúdo e análise documental, a exemplo da operação intelectual despendida nas duas formas: o recorte da informação e a divisão em categorias. Contudo, há diferenças essenciais, pois a documentação trabalha com documentos, a análise de conteúdo com mensagens (comunicação); o objetivo precípuo da análise documental é a representação condensada da informação, já o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo).

A análise dos resultados e discussão foi apoiada principalmente pelo referencial teórico da Gestão do Conhecimento. Nos resultados obtidos das entrevistas estabelecemos três subtemas que foram contextualizadas a partir de três dimensões da GC defendidas por Misra (2007), a saber: **pessoas** (valores e comportamentos), **processo** (estruturas internas) e **tecnologia**. De acordo com o autor, essas dimensões funcionam como um tripé que dão sustentação à GC e caso um sustentáculo esteja quebrado, o tripé fica sem equilíbrio e tende à queda.

Para a análise dos documentos também foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que é uma dentre diversas formas de interpretar o conteúdo de um texto, adotando normas sistemáticas para extrair significados temáticos por meio de elementos que emergiram do texto. Sá-silva; Almeida e Guindani (2009) afirmam que a opção por essa modalidade pressupõe que um texto contém sentidos e significados patentes ou ocultos, que podem ser apreendidos por um leitor que interpreta a mensagem contida nele por meio de uma técnica que considerar apropriada.

Posteriormente ocorreu a construção das categorias empíricas que foram modificadas ao longo do estudo, num processo dinâmico de confronto constante entre empiria e teoria, gerando novos olhares sobre o nosso objeto de interesse. Finalmente, elas deram origem aos temas e subcategorias temáticas. Assim,

ordenamos e organizamos o material secundário e o material empírico e nos impregnamos das informações de campo. Além disso, foi necessário investir na compreensão do material trazido do campo, dando-lhe valor, ênfase, espaço e tempo (MINAYO, 2012).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, ela foi desenvolvida em consonância e observância do que dispõe e orienta a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e obteve aprovação de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 12431113.0.0000.5393 de 17 de abril/2013. Inicialmente, foram solicitadas autorizações e ciência dos serviços para a realização da pesquisa, informando e esclarecendo sobre a investigação, a garantia que a coleta de dados aconteceria após a aprovação do projeto pelo CEP e a divulgação oportuna dos resultados.

Aos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações detalhadas do que se trata a investigação, seus objetivos, a natureza da pesquisa, métodos, benefícios previstos e potenciais incômodos que possam advir. Ressaltamos ainda que as informações emitidas pelos sujeitos participantes não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e que o desconforto que poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou também em alguns tópicos que ele possa sentir incômodo em falar.

Desse modo, informamos que o participante não precisaria responder a qualquer pergunta da entrevista se sentisse que ela era muito pessoal ou sentisse desconforto em falar. Explicamos que poderia não haver benefícios diretos, entretanto os benefícios esperados dizem respeito ao conhecimento gerado sobre o tema. Garantimos a sua liberdade em recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum tipo de prejuízo ou penalidade. Por fim, solicitamos sua devida autorização para participação voluntária

e anônima, assinando o TCLE em duas vias (sendo uma do entrevistado e a outra do pesquisador).

Na apresentação dos resultados, tendo em vista a garantia do anonimato dos sujeitos entrevistados, utilizamos numerais arábicos que revelaram a ordem de participação deles por ocasião da coleta de dados, ou seja, Gestor 1 (G1), Gestor 2 (G2), Gestor 3 (G3) e assim sucessivamente. Além disso, objetivando assegurar o anonimato para a apresentação dos resultados e discussão dos documentos, usamos algumas letras do alfabeto grego – Alfa, Beta, Gama, Delta, Sigma, Omega e Eta – para identificar os municípios de acordo com a ordem de participação à época da coleta dos dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos sujeitos, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem ou se contrapõem (MINAYO, 2012).

4.1. A GESTÃO EM SAÚDE: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DO USO DOS SIS

Para a **análise das entrevistas** ressaltamos que as dimensões dos subtemas Pessoa, Processo e Tecnologia adotadas são dinâmicas, interagem entre si, encontram-se interconectadas, influenciam e são influenciadas pelas outras, inclusive pelo ambiente externo. Isso frequentemente pode disparar a seguinte situação: uma fragilidade ou limitação em uma interfere e impacta negativamente na outra, como quando os processos e tecnologias podem levar a uma perda de potência na dimensão pessoa ou podem desencadear uma situação inversa quando um aumento da potência em uma dimensão pode promover o fortalecimento da outra.

Assim, uma dimensão não é mais importante do que a outra, cada uma tem suas limitações e méritos. Todas são partes integrantes da estratégia de uma organização para implementação da GC. Ao invés de competir umas com as outras, elas têm a natureza de serem complementares.

4.1.1 A gestão em saúde, a produção de informações, uso e compartilhamento de conhecimento para a decisão: dimensão pessoa

A Dimensão Pessoa diz respeito a um tipo diferenciado de recurso, com consciência de motivações, interesses, propósitos e ações intencionais, e interações políticas, que requer formas de processamento diferentes para atingir os propósitos institucionais (TAMAKI; et al, 2012).

O modelo de informação e decisão em saúde precisa ser repensado no sentido da valorização das várias dimensões do ser humano, bem como por meio de uma política de informação e informática em saúde que a complemente e

proporcione o suporte adequado ao processo decisório. Além disso, é necessário discutir as melhores formas de apreensão da informação pelos gestores, visando decisões estratégicas com mudanças significativas nas instituições de saúde, nas comunidades e nos indivíduos que estão sendo cuidados (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

No espaço amplo da gestão da informação e do conhecimento, é fundamental a criação de inteligentes coletivos, que possibilitem o desenvolvimento colaborativo de competências nas diversas categorias profissionais envolvidas com a informação e o conhecimento. Os inteligentes coletivos se constituem em espaços simultaneamente dinâmicos e potenciais, considerando-se que o conhecer se apresenta como qualitativamente superior ao informar-se, mas, ao mesmo tempo, apresenta-se como base daquele (SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011). Os recortes abaixo sinalizam que há gestores que reconhecem as suas fragilidades e não utilizam todo o potencial dos SIS:

Sobre os SIS, não, não estou usando tudo não porque é muita coisa para usar, porque tem muita coisa pra ser feita (G5).

O que a gente utiliza de SIS ainda é muito pouco. (...) eu sempre costumo falar que é uma ferramenta ao nosso favor, mas a gente ainda não sabe fazer o uso devido. Tanto a secretaria quanto as coordenações, a gente ainda não utiliza de tudo que ele dispõe para o serviço (G2).

(...) eu acho que a gente pode utilizar bem mais ainda os SIS e a intenção é essa (G14).

A informação tem sido considerada insumo fundamental para a gestão, para o ensino e para a coordenação das práticas assistenciais e em saúde coletiva. Normalmente, a expectativa é de que funcione como verdadeira ferramenta para orientar a tomada de decisões e a produção de conhecimentos válidos. Informações de diferentes naturezas e de diferentes fontes seriam o substrato por excelência desses processos. Os gestores deverão ter a capacidade do tratamento e da análise, no sentido da descoberta de uma evidência contida no material de investigação (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Os trechos apresentados a seguir demonstram o envolvimento de diversos atores e participação popular na tomada de decisão.

A maioria das decisões é própria do município, de acordo com a necessidade do momento, porque a gente tem muito a participação popular, não só através dos conselhos, tem uma FM - uma rádio comunitária que as pessoas comentam muita coisa, a gente vê as necessidades e muitos vereadores atuantes, entidades, a gente faz convênio com as igrejas evangélicas, parcerias, a comunidade participa muito (G12).

(...) o conselho Municipal de Saúde é muito participativo. Eles foram até convidados, vai ter uma reunião na próxima semana dos conselhos da região e nosso CMS foi escolhido para apresentar, fazer uma apresentação do êxito que tem o conselho quando é participativo e atuante. (...) muitas tomadas de decisões a gente espera também a decisão do conselho, mesmo que não seja obrigatório (G1).

Ferla; Cecim e Alba (2012) esclarecem que não são os conhecimentos e julgamentos que constituem a decisão, mas que a subsidiem no sentido, principalmente, de desacomodar o pensamento vigente. Além disso, trata-se de propor um conhecimento mergulhado no cotidiano que pretende explicar, e híbrido de saberes locais, construído de forma significativa pela rede de atores envolvidos nesses problemas.

Em contraponto, há outros gestores que assinalam o papel cartorial do CMS, que é acessado apenas para aprovação de projetos:

Olha pra lhe ser sincero, com relação ao Conselho Municipal de Saúde, a gente leva as decisões já tomadas aqui na secretaria para aprovação desse conselho, então é dessa forma. Normalmente, a gente não senta com esse conselho para discutir essas coisas antes, infelizmente é assim. A gente não toma essas decisões em conjunto (G15).

Conselho é mais para implantação de programas. (...) quando a gente implantou teve que pedir a aprovação do conselho, então geralmente a gente usa para essa finalidade, para aprovação (G11).

Em estudo realizado por Silva; Rodrigues e Alves (2013) em uma Regional de Saúde do Distrito Federal, os gestores relataram que acreditam que a equipe, usuários e comunidade desejam um gestor sensível quando um problema surge, que sabe ouvir aqueles que o cercam. O gestor não atua sozinho: precisa do suporte da equipe multiprofissional para atingir os objetivos. Sem o apoio da equipe, os esforços da gestão são vãos. É desejável que o gestor não somente saiba ouvir,

mas que também esteja disponível para negociar e resolver os problemas que lhe são apresentados.

Diversos gestores confirmam que discutem com a sua equipe cogestora para tomar uma decisão:

(...) Se for questões de vigilância epidemiológica, por exemplo, eu já tomo a decisão junto com a coordenadora da vigilância epidemiológica, com a vigilância sanitária da mesma forma. Eu utilizo das coordenações, as coordenações da atenção básica e outras coordenações que a gente tem no município. São essas pessoas que realmente me ajudam no sentido da gente tomar decisões (G15).

Então nós usamos praticamente todos os nossos diretores daqui, diretor de planejamento, a gente usa bastante, é o que nós mais usamos, mas todos os outros setores dependendo do problema da demanda, a gente utiliza todos, Vigilância à Saúde, média e alta complexidade, atenção básica (G14).

O valor acrescentado por pessoas (contexto, experiência, subjetividade e interpretação) que transforma dados em informação e conhecimento é essencialmente a capacidade de capturar e gerenciar as contribuições humanas que fazem as TIC particularmente adequadas para lidar com o conhecimento (UNPAN, 2014c). Alguns gestores explicam que um diferencial da sua gestão para a tomada de decisão é a sua experiência acumulada. Isso confirma o perfil deles em que apenas dois não possuem experiência na área da gestão.

(...) a experiência é um fator que ajuda qualquer pessoa, pelo fato de que eu estive na secretaria em alguns momentos, é a quarta vez que retorno à secretaria. Então isso aí confere um pouco mais de habilidade, apesar de que cada gestão que você volta são momentos diferentes, mas já lhe dá um pouco de tranquilidade (G2).

Eu acho que eu tenho algumas qualidades, primeiro essa experiência de já ter passado por vários órgãos nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal (G14).

Parte dos depoentes também afirmou que “saber ouvir” é uma importante qualidade que eles dispõem para o processo decisório.

Qualidade de ouvir e de priorizar essas demandas que chegam até a gente. Evidentemente que a gente tem alguns entraves pelo processo político, a questão de financiamento (...) (G15).

Acho que a capacidade de ouvir o outro, eu tenho muito essa capacidade, e essa calma de ouvir o outro pra resolver de acordo com as possibilidades. Eu acho que eu tenho isso aí, toda minha vida profissional eu sempre tive isso, o ouvir (G12).

A informação precisa ser uma ferramenta interrogadora dos sentidos e significados da ação em saúde, na possibilidade de se buscar novos referenciais ético-políticos que se apresentem como ruídos no seu interior. Ao invés de se procurar um sentido fixo e instituído, a informação deve ser tratada de forma que dê visibilidade a descontinuidades e tensionamentos (ruídos) nos processos de trabalho e nos fluxos assistenciais e de gestão. A possibilidade de análise a partir dos ruídos constituiria aberturas para processos mais partilháveis entre os operadores do cotidiano, que, por meio de uma certa tecnologia, atuariam conformando novos sentidos para o serviço. Para os autores, existiria “uma certa arena institucional” na qual estão em disputa diversos interesses. Ao invés de “portadora” de um conhecimento com pretensão de verdadeiro, a informação, como processo de tratamento cognitivo da realidade, é portadora de capacidade analítica, de reais ou potenciais ruídos na organização do trabalho (MERHY et al 1997).

O conhecimento não pode ser considerado uma verdade absoluta, pois é dinâmico. Ele diz respeito às crenças e compromissos que ocorrem em função de uma atitude, perspectiva ou intenção específica e, portanto, está relacionado à ação em um determinado contexto (NONAKA e TAKEUSHI, 1997). Nesse sentido, o conhecimento se conforma e pode assumir vários contornos a partir de distintos olhares dos atores envolvidos sob diversas perspectivas e interesses. Complementando esse raciocínio, UNPAN (2014a) esclarece que as informações são sensíveis ao contexto, consequentemente, o conjunto de dados pode mesmo provocar diferentes respostas de diferentes pessoas. Mesmo em momentos distintos, o mesmo conjunto de dados revisados pela mesma pessoa poderia resultar na tomada de decisão com diferentes respostas ou ações.

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais, entre outras) ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Um componente das metas de gestão do conhecimento é criar um ambiente de aprendizagem dentro da organização, pois só assim o conhecimento pode ser compartilhado internamente e externamente (UNPAN, 2014c).

Ferla; Cecim e Alba, (2012) esperam que haja a formação de capacidades de uso da informação efetivamente no âmbito local, em maior escala, a partir de iniciativas (especializações, aperfeiçoamentos), com o desenvolvimento de habilidades profissionais que, ao mesmo tempo, proporcionem o domínio de técnicas e tecnologias dos sistemas nacionais, mas também fortaleçam localmente competências para o uso criativo e inovador das informações.

O servidor público que participa das iniciativas de GC amplia seus conhecimentos e habilidades. Isso acontece em função do aprendizado e da inovação que ocorrem nos processos de GC. Quando os trabalhadores estão constantemente aprendendo e compartilhando conhecimento entre eles, há um aumento na capacidade de realização da equipe de trabalho (BATISTA, 2012).

Uma fragilidade importante apontada pelos gestores é a falta ou o número reduzido de qualificações para a utilização dos SIS, embora alguns aprenderam ou foram qualificados quando atuaram como profissionais. Os trechos selecionados abaixo reforçam essa afirmação:

Eu tive que aprender no dia-a-dia, na prática. Na época que eu trabalhava na vigilância eu nunca tive uma capacitação, eu fui aprendendo mesmo no sistema, olhando, perguntando, com os digitadores, se tem alguma dúvida eu perguntava. Eu acho que os grandes problemas na questão de saúde em si são as qualificações, fica a desejar (G12).

Treinamento em SIS eu já participei na época que eu estava na parte de assessoria, geralmente eu participava muito desses treinamentos (...) o que a gente não sabe fazer também a gente não pode cobrar (G6).

Olhe só, o que tá tendo dificuldade até agora nesse programa que foi implantado, o e-SUS. (...) e a maior dificuldade que está tendo é porque ainda não teve uma capacitação (...) (G10)

Não, como gestora não, só quando era enfermeira da ESF, o SIAB mesmo eu fiz, eu digitava tudo, sabia tudo do SIAB (G8).

Há outros estudos com resultados similares, com a diferença dos sujeitos envolvidos, que não ocupavam função de gestores em nível central e sim de

profissionais da ESF, que destacaram a ausência de capacitação dos profissionais. Não basta ocorrer à disponibilidade de dados do SIAB, pois estes nem sempre são suficientes para sua utilização. É necessário que haja investimento na educação permanente de toda a equipe (FIGUEIREDO, et al 2010).

Em estudo realizado em municípios da Amazônia Ocidental, Vieira; Garnelo e Hortale (2010) inferiram que a maior parte dos dirigentes dos municípios selecionados vem adquirindo, na prática, a experiência necessária ao trabalho de gestão. Também sugerem carência de aperfeiçoamento profissional, pois a maioria dos entrevistados não havia participado de cursos que oferecessem suporte ao desempenho das tarefas de gestão.

Uma pesquisa realizada por Vidor; Fisher e Bordin (2011) em cidades gaúchas de pequeno porte evidenciou que muitos municípios reforçaram a necessidade de qualificação de pessoal e a necessidade de treinamento da equipe no sentido de analisar os dados coletados e alimentar os sistemas.

A Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS) revela que um dos princípios da informação em saúde é o desenvolvimento científico e tecnológico de metodologias e ferramentas para a gestão, qualificação e uso das informações em saúde que será fomentado por essa política. Ela assegura ainda que se deve inserir o uso da informação em saúde na formação, qualificação e educação permanente dos trabalhadores e gestores de saúde (BRASIL, 2012).

A partir dos recortes abaixo se verifica a existência de duas realidades: gestores que percebem a importância dos SIS e que visualizam o potencial desses sistemas, e outros que entendem que a análise dos dados deve acontecer a partir de outras esferas de gestão:

É muito importante. O uso dos SIS dentre vários fatores, que eu acho mais importante é a rapidez com que você busca as informações pra que você tome as decisões necessárias (G14).

Eu acho muito importante a utilização (...). Esse sistema de informações é bom para ter ciência, ter conhecimento da situação do município, quais os programas que estão sendo alimentados, quais os que não estão sendo alimentados, qual o índice, qual a meta que a gente quer cumprir, se a gente atingiu alguma meta ou não. Então assim, é muito importante quando o Ministério da Saúde e a SESAB, enquanto estado, disponibilizam esses dados no site deles isso facilita muito o nosso trabalho para gente ter uma orientação ter uma visão ampla da realidade, da saúde (G11).

(...) facilidade é a sistematização desses indicadores pelo próprio Ministério e pelo Estado que ajuda a gente a acompanhar, então eu já o tenho sistematizado. Para você estabelecer parâmetros é complicado, então como ele já me traz o parâmetro, já tem uma base, então é um facilitador (G3).

Na prática é bastante comum que, mesmo que as pessoas compreendam e apreendam novos conhecimentos, elas ainda hesitam em colocá-lo em uso por uma variedade de razões. UNPAN (2014b) assegura que as pessoas resistirão a qualquer inovação que possa obrigá-las a abandonar a sua pretensa “zona de conforto”, isto é, abdicar daquilo que acreditam em favor do novo. A resistência à mudança é poderosa, mesmo em face de evidências objetivas que uma determinada mudança faz sentido.

Quando se pensa numa melhoria e/ou numa modernização da estrutura da gestão do conhecimento, o olhar é imediatamente direcionado e, muitas vezes, restrito à estrutura tecnológica da organização, esquecendo-se do ponto nodal que se encontra na relação entre informação, conhecimento e sujeito (que se informa e conhece). É preciso atentar para o fato do ponto de convergência do desenvolvimento de competências em informação e conhecimento (SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011).

Embora a competência informacional corresponda a uma competência específica relacionada à habilidade de lidar com informação, ou seja, vinculada ao desenvolvimento de competência em atividades de informação, esta não se restringe aos profissionais da informação (SOUZA; DIAS e NASSIF, 2011). Alguns secretários afirmam que delegam as ações de lidar com os SIS para os digitadores:

Porque, geralmente, município pequeno a gente nunca tem tempo, aí deixa então o responsável por todos os sistemas, um rapaz que trabalha comigo há muitos anos (G10).

Fico com esses dois sistemas, o restante fica com um funcionário responsável, no CPD da secretaria, essa parte de sistema da atenção básica, SIAB, SIM, SINAM, SINASC, fica centralizado mais com o funcionário que a gente tem pra fazer esse tipo de serviço (G13).

O sistema de informação é fundamental pra que as coisas na saúde aconteçam. (...) é preciso que esses sistemas sejam mais simplificados e que dê capacitação para os técnicos que estão envolvidos nessa questão da informação, os técnicos do CPD e tudo

mais. Eu nem incluiria o gestor, porque o gestor tá num contexto no geral (G15).

Nonaka e Takeuchi (1997) argumentam que, na realidade, as organizações continuamente criam novos conhecimentos por meio da reconstrução de comportamentos existentes, perspectivas, cultura e crenças. Para a organização criadora de conhecimento, acredita-se que o conhecimento é para ser criado em uma trajetória cíclica, simultaneamente entre os planos ontológicos³ e epistemológicos, com a progressão espiral definindo a conversão e mobilização do conhecimento tácito.

4.1.2 Interloquções entre o uso dos SIS e as práticas da gestão em saúde: dimensão processo

Tamaki, et al (2012) afirma que os processos são orientados pelas diretrizes institucionais, e que requerem as estruturas, as competências e as capacidades especializadas para a gestão. Envolve ações de articulação entre a programação, a execução, o controle, a regulação, a informação, a comunicação e o conhecimento.

Há diversos obstáculos para o uso efetivo da informação e do conhecimento: seu caráter que advém do seu domínio; a fragmentação das bases de dados e informações; e déficits na articulação entre informação e informática, comunicação e educação. Tendo em vista essas questões, o Ministério da Saúde realizou em 2003 uma oficina, a partir da qual foram encaminhadas sugestões que fortalecem a elaboração de uma política abrangente, criativa e inovadora para a área, reconhecendo a potencialidade na informação para a construção de novos patamares para a saúde e para a atuação dos diferentes atores (FERLA; CECIM e ALBA, 2012).

Um entrevistado fez referência ao grande número de SIS presentes na gestão:

(...) é assim, são muitos programas para se alimentar, então eu acho assim, no meu ponto de vista (...) que poderia ficar em um ou dois, três programas (G11).

³Ontologia trata da natureza do ser e da realidade, enquanto a epistemologia explora a teoria do conhecimento, no que diz respeito a validações que podem ser aceitas como expressões do ser e da realidade. Ontologia é adotada para indicar a dimensão que representa a disseminação do conhecimento em toda a diversidade de estratos que descrevem uma organização (UNPAN, 2014b, p.7).

Misra (2007) assegura que há uma grande variedade de informações e conhecimento o que torna a tarefa desafiadora para sua captura, armazenamento, recuperação e uso no setor público e em qualquer organização.

O grande volume de dados pode ser amigo do gerenciamento de dados, mas é o inimigo da gestão do conhecimento, simplesmente porque é necessário filtrar o volume para encontrar o conhecimento desejado (UNPAN, 2014c). Não se pode afirmar que as organizações tomam decisões erradas por não possuírem o conhecimento, mas sim pelo fato do conhecimento estar escondido em algum lugar da organização ou na cabeça de alguém. O fato de o conhecimento estar implícito, inacessível ou não ser divulgado favorece a decisão equivocada (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

De acordo com Davenport e Prusak (1998) a única vantagem sustentável que uma organização tem é aquilo que ela efetivamente conhece/sabe, a sua eficiência para usar o que sabe e a prontidão com que ela adquire e usa novos conhecimentos.

A relevância dos SIS foi enfatizada pelos entrevistados, como uma ferramenta para o planejamento, para a tomada de decisão e para a gestão da saúde de um modo geral:

Então assim, por isso que eu acho importante que o gestor esteja sempre acompanhando os técnicos com relação aos sistemas de informações porque a tomada de decisão a gente tem que fazer, não aguardar que chegue a uma esfera superior à municipal, mas que aqui mesmo a gente já tenha acesso a todas essas informações aos sistemas de informação pra que a gente não espere chegar a um nível superior pra gente tomar medidas (G1).

Eu planejo uma atividade, eu estabeleço uma meta. A gestão, ela tem metas estabelecidas em conjunto com o Estado e com o Ministério da Saúde. (...) Então, na hora que eu inicio uma gestão, eu já tenho minhas metas estabelecidas. Então, como é que eu vou trabalhar na gestão sem levar em consideração o que o meu sistema de informação acusa do meu cumprimento das minhas metas? Eu preciso estar acompanhando as minhas metas pra ver se eu estou bem, se a minha estratégia tem que mudar (G3).

Em relação à disseminação das informações, é preciso considerar a diversidade de públicos, com diferentes estágios de conhecimento e necessidades, e também o amplo leque de ferramentas existentes. As informações em saúde são usualmente voltadas para gestores do sistema de saúde em todas as esferas, para

as instituições de ensino e pesquisa, para os profissionais de saúde e para a sociedade civil organizada, visando o controle social. Sem dúvida, diante da complexidade e da diversidade de ferramentas existentes, o maior desafio é harmonizar as iniciativas que compõem esse “quebra-cabeça”, mantendo o que já está em uso, ao mesmo tempo em que se busca a inovação (OPS, 2010b).

Os destaques abaixo apontam que alguns municípios têm procurado implementar a inovação, ainda que de forma incipiente, para facilitar as práticas da gestão:

(...) a gente criou um programa para dar conta de controle de entrada e saída de material, para controle de almoxarifado. A gente tá implantando um sistema que seja mais complexo, mas a gente, através do Excel, criou uma planilha que não deixa de ser um sistema de informação para tentar resolver (G3).

(...) em determinada equipe há sistematização perfeita dos serviços que eles estavam fazendo, tanto de pré-natal, quanto de CD, de hipertenso, diabético. Todos os programas de saúde informatizados, com os gráficos na parede mostrando como é que estava o desenho de todos os agentes comunitários com bandeirinha pra dizer quem tá verde, quem está vermelho, quem está azul, quanto a isso eu parabeneizei (G3).

Muitas vezes o gestor vislumbra a possibilidade de inovar em sua prática e tem *insights*:

(...) Agora assim, eu contratei uma empresa, e vou até encontrar com o responsável hoje. O que a empresa vai fazer? Vai utilizar esse sistema, você digita o SIAB na unidade e ele estará interligado em rede (G12).

Eu preciso urgente conseguir garantir a contratação de uma pessoa formada na área de comunicação pra me ajudar com a publicidade desses dados, não pra propaganda, mas pra envolver a comunidade na gestão (G3).

O conhecimento é criado pelo fluxo de informações, porém ancorado nas crenças e compromissos de seu detentor e está sempre relacionado a ação humana: conhecimento com algum fim (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Assim, o conhecimento aumenta a medida em que é compartilhado e será considerado um recurso precioso se desencadear ação.

As organizações envolvidas na atenção à saúde e os seus gestores, por meio da atuação de seus trabalhadores, devem (re)conhecer as melhores informações e buscar sua aplicação, considerando a realidade local, heterogênea por natureza. O desenvolvimento das ações deve inspirar atuações planejadas/programadas numa cultura de avanço contínuo para atingir os melhores resultados em relação à prestação do serviço, à satisfação e à melhoria da condição de saúde do usuário (ERDMAN, et al, 2006).

Davenport e Prusak (1998) afirmam que as práticas de gestão do conhecimento podem pensar a organização como um sistema, construir e facilitar comunidades de aprendizado teórico e prático, concentrar em questões de desenvolvimento pessoal, criar estruturas organizacionais menos hierárquicas e planejar com o uso de cenários.

No Brasil há necessidade de estruturar os SIS atuais para serem efetivos em todo este processo que se alicerça na informação como recurso primordial para o direcionamento das ações em saúde. Assim, faz-se necessário o uso de sistemas de informação que possam responder às demandas e às necessidades informacionais do gestor (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

Os secretários salientam que há um déficit na estrutura e em alguns recursos para que os SIS possam funcionar a contento:

Nós temos poucos computadores, nós temos poucos digitadores, nós temos poucas pessoas trabalhando no sistema, entendeu? Então esse sistema poderia ser bem mais, poderia está servindo bem mais à gente se tivesse uma estrutura (G14).

A gente hoje está tentando melhorar a parte de informática no município, porque eu acho que a gente vai conseguir melhorar quando todas as unidades, principalmente, os profissionais enfermeiros tiverem o acesso melhor. Hoje eu posso dizer que tem algumas unidades no município com computador e Internet, mas eu quero ter todas funcionando (...) hoje a gente não tem um técnico para o sistema de informação por unidade (G6).

No estudo de Vidor; Fisher e Bordin (2011), a falta de computadores foi apontada como problema para utilização dos SIS por apenas 10% dos respondentes, o que indica possivelmente maior facilidade no acesso a insumos de informática. Naquela realidade o acesso à Internet, por sua vez, apresentava-se disseminado, porém frágil, com a predominância do acesso discado. Esse resultado

nos revela a desigualdade entre a realidade dos municípios do sul e do nordeste brasileiro.

As atividades dos processos de gestão do conhecimento devem tornar-se parte integrante do cotidiano das ações desenvolvidas pelos trabalhadores. O sucesso depende de quão facilmente ele pode interagir com as atividades do dia-a-dia dos profissionais. Embora isso não sempre seja possível, elas devem ser integrada tanto quanto possa ser permitido (CEPAL, 2013).

4.1.3 Usos da informação aplicada à gestão em saúde: dimensão tecnologia

Gestão do Conhecimento é muito mais do que tecnologia, é a utilização eficaz e eficiente da tecnologia adequada, parte integrante do sistema de GC. O que é instigante na área atual da GC é o potencial de utilização das modernas TICs no apoio à criação de conhecimentos, compartilhamento e troca entre as organizações. A moderna tecnologia da informação pode coletar, sistematizar, estruturar, armazenar, combinar, distribuir e fornecer informações valiosas (UNPAN, 2014c).

Os bancos de dados dos SIS configuram-se como conhecimento explícito, que tem o potencial de se transformar em tácito. Dessa forma, o conhecimento pode ser pensado como uma via de mão dupla que pode migrar de tácito para explícito e vice-versa. Complementando essa compreensão, UNPAN (2014c) destaca que um programa de GC bem-sucedido, sem dúvida, necessita do suporte da tecnologia, uma vez que alguns dos conhecimentos explícitos devem ser armazenados no banco de dados da organização. Entretanto, esse tipo de conhecimento definitivamente, não deveria tornar-se o lado dominante, exibido pela “mentalidade de processamento das informações”. Talvez o melhor que possa ser feito é tornar parte do conhecimento tácito em explícito, e fornecer indicações para os “especialistas” (“a pessoa certa”) que serão capazes de colocar esse conhecimento em contexto e ajudar aqueles que querem aplicá-lo.

Mesmo atualmente, com as diversas inovações existentes para a disponibilização de dados em bases locais on-line (DATASUS e sites de Secretarias Estaduais de Saúde, Banco de Dados Multidimensional – IBGE e Sistema IBGE de Recuperação Automática de Dados – SIDRA, entre outros), as demandas dos gestores e usuários de todas as esferas de governo não são inteiramente

respondidas, no que se refere ao planejamento, ao monitoramento, à avaliação, à regulação do sistema de saúde e ao fortalecimento do controle social (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Os gestores afirmaram que são vários os SIS utilizados na sua prática cotidiana, e, dentre eles, foram destacados o SIAB, o Sistema de monitoramento de Obras (SISMOB) e o CNES, conforme os relatos abaixo:

Geralmente eu utilizo o relatório mensal do SIAB (G10).

Utilizo o SIAB, SINAN, SIA, CNES, o SIS-MAMA, só que agora é o SISCAM, e outros. Mas os mais utilizados é o SIAB, SIA, CNES e SINAN (G12).

Uso o SIAB, são tantos sistemas que a gente utiliza todos os dias. A gente tem o SISPACTO, que tudo é sistema de informação. O SISREG a gente utiliza também, que a gente trabalha com regulação (G3).

Uso o CNES, uso também o SISMOB para monitorar as obras do município (G11).

Utilizo muito o SIS-MOB. Essa parte de cadastro de construção de unidades, reformas, ampliações fica comigo (G13).

A relevância do SIAB reiterado pelas cogestoras é presumível tendo em vista que esse sistema, enquanto ferramenta de gestão local e municipal, constitui-se em um elemento fundamental, pois permite o conhecimento da realidade socio sanitária da população acompanhada, facilita a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, assim como pode direcionar a adequação dos serviços de saúde oferecidos. Enfim, trata-se de uma ferramenta para o processo de tomada de decisões, que visa à melhoria da situação de saúde da população (FIGUEIREDO; et al 2010).

Ainda que pesem algumas deficiências presentes no SIAB, ele possui uma relevância incontestável, principalmente na atenção básica. Recentemente, nos municípios em estudo, aconteceu uma transição do SIAB para o novo Sistema de informação da Atenção Básica (SISAB) através do *software* e-SUS AB, objetivando a melhoria da qualidade e maior detalhamento da informação em saúde. Além disso, o novo sistema pretende integrar os diversos sistemas de informação existentes na atenção básica, reduzindo a necessidade de registrar os mesmos dados em mais de um instrumento e aproximando a informação produzida do processo de trabalho dos

profissionais, na perspectiva de qualificar o cuidado em saúde e a cultura do uso da informação (BRASIL, 2013a).

Alguns gestores sinalizam a dificuldade quando ocorre a implantação de um sistema novo, conforme os trechos das falas apresentados na sequência:

O ano passado uma orientação da DIRES de passar a fazer o SI-PNI de imunização do sistema *web*, (...) um sistema novo, na região não tinha ainda município que tinha implantado e se nós poderíamos servir como piloto. E aí nós fizemos essa proposição pra DIRES que nós estávamos dispostos. Tempos depois no sistema o nosso índice de vacina estava quase zerado. Por um problema no sistema, era novo e nós quase seríamos prejudicados com relação a isso. Nós estávamos pra fechar o pacto dos indicadores e nós estávamos com quase todas as vacinas com zero por cento (G1).

Eu espero que o *e-SUS* dê certo, mas pra ele dar certo vai depender de vários fatores: primeiro, o *e-SUS* vai englobar, vai contemplar vários desses sistemas, então é uma coisa que a gente sempre sonhou. Porque diminuir aquela questão de papéis, burocracia, então, espero que dê certo. Mas eu já fiquei meio decepcionada porque o pessoal da própria SESAB, responsável pelo E-SUS... as pessoas ainda tem muita dúvida, mandou instalar, mas esse é o grande problema (G12).

A PNIIS tem como uma de suas intenções alcançar a esfera qualitativa em termos de interação entre a gestão estratégica das informações no âmbito do Ministério da Saúde e estados, municípios e os decisores de políticas públicas na saúde. Essa medida justifica-se pelo fato das informações em saúde ainda não disporem de uma interoperabilidade capaz de formar uma base única de dados suficiente para a transparência das ações governamentais e a previsibilidade na formulação de ações de governo (BRASIL, 2012).

Um dos obstáculos, enfrentado pelos municípios é o acesso à Internet, visto que os SIS precisam ser enviados a outras esferas, que há necessidade de baixar as versões novas, e que alguns SIS são digitados on-line. Além disso, os SIS não estão funcionando em rede. Os fragmentos das entrevistas abaixo ressaltam isso:

Olhe bem, na sede nós utilizamos bastante os SIS, como nós temos duas ESF na zona rural é difícil. Porque felizmente nós compramos notebook para zona rural, e aí a enfermeira faz conectividade em outros locais, ela traz o *notebook* e envia os dados. Porque lá na zona rural não tem Internet. A banda larga não chegou aqui (G16).

O fato de não ser informatizado, a saúde não está em rede então isso dificulta, por exemplo, a equipe de saúde da Família tem

acesso? Não, não tem. Para ter esse acesso tem que vir aqui no centro de saúde para utilizar o computador, o que agora talvez vá facilitar um pouco, porque vai ser instalados computadores nas unidades, tanto pra o sistema de telessaúde, quanto para o sistema de imunização que vai ter que informatizar. Então, a gente acha que com isso já vai ser um avanço (G2).

(...) dificuldade nós temos muitas a começar pelo acesso à Internet, (...) aqui não funciona com banda larga, é muito lenta a Internet, os programas são pesados não dá conta da Internet. Então essa dificuldade é gritante em toda a região principalmente nos municípios do interior (G15).

Olha, a nossa dificuldade aqui é Internet, (...). A Internet aqui é lenta, às vezes o funcionário fica meia noite, vem à noite, entendeu para enviar os SIS (G9).

Constata-se que há diversos obstáculos para que os SIS possam ser utilizados de maneira efetiva: falta de padronização dos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados em saúde; a heterogeneidade de sua periodicidade; a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à Internet banda larga; a insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informação e informática em saúde; a deficiência relativa de qualificação profissional nesse tema; e a importância de alinhamento do Brasil às ações e estratégias internacionais no campo das tecnologias da informação e comunicação em saúde. Diante deste contexto, o Executivo Federal foi levado a formular uma nova política, na tentativa de suprir essas lacunas da gestão do SUS (BRASIL, 2012).

Brasil (2012) preconiza que a governança de TI esteja diretamente relacionada às metodologias e indicadores que permitam aos gestores estabelecer objetivos, monitorar os resultados e verificar o modo e a real possibilidade de atingimento das metas estabelecidas. Por tudo isso, a governança da informação e das tecnologias a ela aplicadas passou a desempenhar um papel vital para a longevidade e sustentabilidade das políticas públicas na área da saúde, uma vez que o conhecimento das decisões que devem ser tomadas e monitoradas é condição imprescindível para a sua sustentabilidade.

Os gestores apontaram os indicadores comumente usados por eles a partir dos SIS e algumas decisões a serem tomadas:

Por exemplo, campanha de vacina, tudo tem que ver a meta da taxa de cobertura vacinal, mas a gente conversa com cada agente: você tem quantas crianças? Em sua microárea têm X crianças. Quais são essas crianças? Ele vai listar quais são essas crianças, aí tem que fazer a busca ativa, quem ainda vai fazer essa vacina, quem ainda não fez, quem precisa fazer, através dos Sistemas de Informação a

gente vê, e até para comparar e ver se está tudo batendo com os próprios dados (G5).

O SINAN que é o de notificação, nós vimos o quanto nós tivemos de notificação. Nós tínhamos, assim, um número exorbitante de notificação de Doença Sexualmente Transmissível (DST). E aí quando nós começamos a trabalhar com mais afinco na questão da DST, então assim, trabalhando mais nas escolas, trabalhando mais na comunidade com atividades educativas nós vimos que o índice caiu (G1).

Diferentemente dos resultados do nosso estudo, na pesquisa de Vidor; Fisher e Bordin (2011) a utilização dos SIS para a construção dos indicadores valorizados pelos gestores foi baixa, e menos de 5% das secretarias municipais estavam plenamente satisfeitas em relação às informações fornecidas pelos SIS. A dificuldade para acessar as informações que retornam dos níveis centrais e a dificuldade para compreender essas informações confirmam que parcela considerável dos gestores não se beneficia dos SIS.

Ferla; Cecim e Alba (2012) explicam que os dados apresentados são, em geral, brutos e com diversos níveis de agregação, não gerando dados estatísticos e informações que possam, em seu conjunto, produzir evidências para a tomada de decisão local; servem tampouco para potencializar os processos de construção de sentidos para as decisões e para as intervenções necessárias. Por exemplo, apesar do próprio Censo Demográfico, realizado pelo IBGE, considerar em seus setores censitários, microáreas que, de forma agregada, correspondem muitas vezes às mesmas microáreas definidas pela Estratégia de Saúde da Família, a equipe de profissionais e mesmo o gestor municipal os ignora (ou porque não o conhece ou por absoluta falta de integração entre os dados). Perde-se, portanto, a possibilidade de utilização desses dados para geração de informações importantes que poderiam ajudar no planejamento das ações de saúde, sobretudo as de caráter municipal, já que essa não é uma competência desenvolvida nos processos de formação acadêmica e de desenvolvimento profissional, exceto em cursos pontuais de aperfeiçoamento e em especializações (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Ferla; Cecim e Alba (2012) consideram que

(...) não é suficiente a existência de bases de dados abrangentes, confiáveis e com qualidade para desenvolver capacidade institucional de mobilizar esses dados e a disponibilidade de tecnologias para o seu tratamento, há que desenvolver capacidades de outra ordem para que a equação “informações disponíveis gestores e/ou

estudantes da saúde” resulte em “gestão da saúde para a implementação das políticas do sistema de saúde vigente”.

Há uma disputa técnica sobre a fidedignidade dos dados utilizados e a sua capacidade de traduzir a realidade brasileira. Tal fato é um marcador positivo, uma vez que coloca a informação no âmbito dos usos que se faz dela e, de certa forma, desnaturaliza o olhar instrumental que costuma ser utilizado para o tratamento de dados para a gestão. Mas o intervalo dado-informação requer uma abordagem valorativa que não está isenta dos interesses dos atores que a realizam (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Há gestores que chamaram atenção sobre a possibilidade da (in)fidedignidade dos dados aportados por alguns sistemas:

A depender de qual é o sistema de informação, alguns são confiáveis, já outros... É por isso que eu digo que sempre a coordenação tem que está avaliando para evitar que esses dados que sejam usados sejam verdadeiros. Então por isso é uma cobrança nossa aqui de que a coordenação sempre esteja avaliando esses dados para eles serem o máximo possível verdadeiro, próximo à realidade (G6).

O digitador também se ele quiser fazer as alterações para mais ou para menos, ele tem todo esse poder na mão. Acho que a infidedignidade pode estar aí. (...), pois ele pode falar assim: não, isso aqui está muito feio, vamos atingir essa meta aqui, ele pode fazer essa alteração. Tem que ser uma pessoa muito responsável, por isso que eu acho assim, que para se trabalhar em sistema de informação você tem ter que pessoas comprometidas (G7).

SIS frágeis são um desafio constante para todos os níveis da gestão, pois o desempenho dos sistemas de saúde não pode ser adequadamente avaliado ou monitorado quando os dados se apresentam incompletos, imprecisos ou inoportunos (MUTALE, et al, 2013).

O conhecimento é um processo contínuo e a tecnologia é um meio ou veículo para o processamento de dados, produção e disseminação de informações. A TIC por si só dificilmente cria o conhecimento ou garante a sua geração (UNPAN, 2014c). A tecnologia na gestão do conhecimento se destaca por possibilitar o incremento do alcance e da velocidade de transferência de conhecimento nas organizações e particularmente na área Gestão da Saúde.

Um importante processo de GC no contexto organizacional é a transferência de conhecimento para locais onde é necessário e possa ser usado. A transferência de canais de conhecimento pode ser formal ou informal, pessoal ou impessoal (UNPAN, 2014c).

Tendo em vista a importância que emerge da necessidade de interoperabilidade dos SIS para que de fato amparem um processo decisório mais coerente com as necessidades da população, O Brasil já conta com a utilização de sistemas interoperáveis e outros recursos interessantes, Dentre eles, destacam-se o Registro Nacional de Saúde (RES) e o Cartão Nacional de Saúde, bem como ferramentas de comunicação como o Telessaúde, o Portal Saúde com Mais Transparência e a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde, que são alternativas para a elaboração e efetivação de políticas públicas condizentes com a concretização dos princípios constitucionais e legais em saúde (BRASIL, 2012).

As organizações podem utilizar Intranets (que incluem correio eletrônico e sistemas de apoio ao grupo) para permitir uma larga exposição da organização e uma maior quantidade de informação organizacional *on-line*, tanto horizontal quanto vertical, de forma a acelerar o crescimento da criação de conhecimento. Quando o nível de exposição da informação aumenta, o modo de internalização da criação do conhecimento, em que os indivíduos fazem suas observações e interpretações de informações que resultam em novos conhecimentos individuais tácitos, pode aumentar (UNPAN, 2014c).

Com o objetivo de qualificar o acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde vem pactuando com Estados e Municípios a utilização do Mapa da Saúde. Esse instrumento de georreferenciamento oferece uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente (BRASIL, 2012)

As informações disponíveis em jornais e revistas científicas passaram a ter papel relevante não só para as decisões dos profissionais com relação aos pacientes, mas também para o gestor com relação ao conjunto da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011d). Desde 2007 o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do

Ministério da Saúde criou o “Pesquisa Saúde”, que é um sistema disponível em ambiente *web*, interativo e de acesso livre.

O sistema busca aproximar os gestores e o conhecimento científico produzido, auxiliando a tomada de decisão e abreviando obstáculos como a burocracia, a morosidade e a dificuldade de encontrar resultados e soluções precisas para os problemas de saúde. O sistema é composto de uma base de dados que reúne um universo de 3 mil pesquisas em temas prioritários de saúde no País e pode ser acessado por estudantes, profissionais da área, pesquisadores e sociedade civil do Brasil e do mundo no portal do Ministério da Saúde (PESQUISA SAÚDE, 2010).

Assim, a GC além de ser a mais recente adição à arena existente de ferramentas de gestão para a administração organizacional, também carrega o potencial de avançar substancialmente o desenvolvimento humano melhorando a qualidade de vida. A partir dessa perspectiva, a GC poderá ser agregada a outras ferramentas de gestão existentes na busca do sucesso em sua implantação (UNPAN, 2014a).

4.2 O USO DOS SIS PELA GESTÃO DA SAÚDE: O CONTEXTO DOS DOCUMENTOS

A partir deste ponto iniciaremos a **análise documental**, na qual o investigador deve buscar compreender o sentido das mensagens. Sá-Silva; Almeida e Guindani (2009) salientam que o pesquisador muitas vezes deve contentar-se com o que tiver nas mãos: eventuais fragmentos, passagens difíceis de interpretar e/ou contendo termos e conceitos que foram redigidos por desconhecido(s). É preciso aceitar o documento tal como ele é e se apresenta, às vezes, incompleto, parcial ou impreciso. No entanto, torna-se essencial saber compor com tais fontes documentais, pois ainda assim elas podem nos ajudar a esclarecer uma determinada situação.

A partir da classificação das unidades de significação, os resultados da análise documental apontaram para o tema “O uso dos SIS pela Gestão da Saúde: o contexto de documentos”, que foi subdividido em duas categorias temáticas: **“A potência do uso dos SIS para nortear as análises da situação de saúde:**

desafios para a gestão” e “Os distintos atores estão empoderados pelos SIS na priorização de problemas e para a tomada de decisão?”

4.2.1 A potência do uso dos SIS para nortear as análises da situação de saúde: desafios para a gestão

A PNIIS aponta que o acesso e qualidade da informação em saúde devem estar em sintonia com as necessidades decorrentes da heterogeneidade e desigualdade das regiões e municípios brasileiros. A política também deve incorporar novas e relevantes contribuições da comunidade, sejam oriundas do controle social, associações de classe, sindicatos, instituições de ensino e pesquisa ou de instâncias de governo (BRASIL, 2012).

Tamaki, et al (2012) asseguram que o exercício de funções que são inerentes ao comando de um sistema de saúde ou dos seus componentes ocorre numa arena de tensões e conflitos de diversas ordens e requer dos gestores capacidade para lidar com a complexidade que se refletem em certa medida nos instrumentos formais da gestão do SUS. Se o Pacto de Gestão e as peças do planejamento eram os instrumentos formais que, até então, conseguiam dar concretude ao que chamamos de Gestão do SUS, em 2011 é publicado o Decreto 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O desafio é inovar nos processos e instrumentos de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade, fortalecendo os vínculos interfederativos.

No Brasil dentre os avanços do Sistema Único de Saúde está o crescente reconhecimento da importância do planejamento para a gestão da saúde pública (BAHIA, 2012). O Plano de Saúde constitui-se um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013b).

No âmbito dos municípios, além de uma exigência formal, condicionada ao repasse dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), o Plano Municipal de Saúde (PMS) é a expressão da responsabilidade dessa instância com a saúde da população e a síntese de um processo de decisão para enfrentar um

conjunto de problemas. O seu conteúdo deve revelar as intenções e os resultados a serem buscados, expressos em diretrizes, objetivos, metas e ações (BAHIA, 2012).

Os resultados do estudo apontaram que os SIS mais evidenciados pelos Planos de Saúde foram: o SIM, o SINASC, o SINAN, o SI-PNI, com destaque para o SIAB. A relevância do SIAB é indiscutível tendo em vista esse sistema caracteriza-se por ser um SIS territorializado, ou seja, fornece indicadores populacionais (dados demográficos, morbidade, mortalidade e produção de serviços) de uma determinada área de abrangência (FIGUEIREDO, et al , 2010), o que ratifica os resultados das entrevistas.

As análises empreendidas pelos municípios limitaram-se a revelar números absolutos a exemplo de números de casos de doenças, percentual de cobertura vacinal, e indicadores tradicionais conhecidos como taxa de mortalidade infantil, de acordo com o Quadro 8. Os números absolutos, ainda que sirvam para algum tipo de avaliação, não medem a força ou risco de ocorrência de determinado evento.

Quadro 8 - Síntese dos SIS mais utilizados e indicadores mais frequentes nos Planos municipais de Saúde.

Itens	Município Alfa	Município Beta	Município Gama	Município Delta	Município Sigma
SIS mais utilizados	SIAB SIM SI-PNI SINAN SIH	SIAB SIM SINAN SI-PNI SINASC	SIM SI-PNI SINAN SIH SINASC	SIAB SINAN SI-PNI	SIAB SIM SIH
Indicador mais frequente	TxMort. Infantil Aumento casos Doenças Diarréicas Agudas	TxMort. Infantil e materna Tx. Cobertura vacinal	Nº de casos de doenças; TxMort. Infantil Tx Cobertura vacinal	Nº de casos de doenças; Tx. Cobertura vacinal	Nº casos Doenças; Tx. mortalidade por causas

Fonte: Banco de dados da autora

Tendo em vista esse contexto, OPS (2010b) reforça que os gestores de saúde enfrentam desafios e deficiências em sua capacidade de gestão que afetam a

eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços. Destacam-se entre eles, o mau uso de informações para a tomada de decisão e a falta de competência crítica para a análise e implementação de ações preventivas ou corretivas.

Entretanto, chamamos atenção para o fato de que na busca da superação das iniquidades nas condições sociais e de saúde e no acesso aos serviços de qualidade, a informação é identificada como uma área estratégica para o desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico e para a inovação em saúde, sendo essencial para guiar as políticas, o planejamento e a gestão (OPS, 2010a).

No Brasil, em que pese alguns avanços, ainda permanece a histórica situação de desintegração existente entre os SIS nacionais. Desta forma, se as informações são fragmentadas, possivelmente as ações de saúde sobre a população também serão fragmentadas e não proporcionarão a melhoria das condições de saúde (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

Nenhum documento trouxe os dados/informações desagregados por territórios, contudo sabe-se que o uso de T.I que impactam diretamente a capacidade de reconhecer antecipadamente os problemas, como é o caso do georreferenciamento dos dados, permitem uma agregação de dados sobre a situação de saúde da população e promovem agilidade e simples manejo das informações. Esse instrumento propicia melhor identificação de áreas de vulnerabilidade e assim torna mais eficiente o processo de tomada de decisão, gerando serviços mais resolutivos e equânimes (RITTER; ROSA; FLORES, 2013).

Dados de qualidade são capazes de revelar a realidade dos serviços e das ações de saúde, bem como a situação de saúde da população, evidenciando problemas prioritários e direcionamento de investimentos (OPS, 2010a).

Ferla; Cecim e Alba (2012) reconhecem que os indicadores têm uma dimensão técnica muito relevante, visto que, o conhecimento disponível já não permite cometer muitos dos erros evitáveis na análise e na tomada de decisões, mas destacamos que essa dimensão não é plena e necessita incorporar uma dimensão política. Portanto, essa dimensão destaca os recursos informacionais (tecnologias duras) e os conhecimentos estruturados (informações na saúde, a estatística, a epidemiologia, etc.) ou tecnologias leve-duras. Mas a relação entre o indicador e o processo decisório, incluindo a construção de sentidos para a avaliação está posta quase que integralmente no âmbito das tecnologias leves.

O desafio não é a capacidade de domínio teórico-metodológico sobre o indicador, mas de tomar o indicador como dispositivo para o pensamento e para a comunicação; portanto a sua capacidade de interligar diferentes atores e de construir novos sentidos compartilhados (disparar pensamentos) (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

Para incorporar praticidade a um instrumento de monitoramento, com potencial avaliativo, é necessária a utilização de indicadores derivados de bases de dados disponíveis e autonomia aos agentes envolvidos na gestão do SUS. Isto implica na escolha de indicadores acessíveis, simples, úteis e disponíveis nos sistemas de informação do SUS. Esta escolha valoriza as bases de dados existentes e indica o seu potencial no apoio à gestão (TAMAKI, et al, 2012).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é também um instrumento de gestão do SUS que permite apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (BRASIL, 2013b).

O Relatório de Gestão foi regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990, e pela Lei Complementar 141/2012, utilizado para comprovação da aplicação dos recursos, apresentando os resultados. Torna-se, assim, a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS no âmbito Municipal, Estadual, no Distrito Federal e União (BRASIL, 2014b).

O cenário para análise documental dos RAGs contemplaram 4 municípios, no qual 8 Relatórios foram submetidas à coleta de dados, sendo quatro antes da implantação do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e quatro após. O acesso via *web* do SARGSUS é possível e aberto a população, no entanto numa incursão de busca os RAGs dos municípios contemplados no estudo, deixando de fora os 4 que já haviam disponibilizados, apenas 2 municípios encaminharam para o Sistema, mas tratava-se de documentos elaborados após o SARGSUS, por isso não incluímos no estudo, visto que nos propomos a fazer um comparativo da utilização dos SIS nos RAGs antes e depois do SARGSUS.

Segundo Brasil (2014) embora tendo no monitoramento sua motivação inicial, o desenvolvimento do SARGSUS vem cada vez mais auxiliando os gestores no alcance dos compromissos estabelecidos na legislação, facilitando assim sua submissão à apreciação do respectivo Conselho de Saúde. O SARGSUS trouxe grandes contribuições para os gestores, não só no sentido de atender aos prazos

legais para apresentação do Relatório de Gestão como também vem facilitando o próprio processo de elaboração do relatório pela sua característica de interoperabilidade com outros sistemas de informação da gestão do SUS.

Tamaki et al (2012) consideram que o monitoramento é um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão.

Antes da implantação do SARGSUS todos os Relatórios em estudo usaram ao menos cinco SIS para as suas análises. Os SIS mais evidenciados foram: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), da Atenção Básica (SIAB), do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), dos Agravos de Notificação (SINAN) e de Orçamento Público em Saúde (SIOPS). A partir da ferramenta SARGSUS todos os municípios sempre usam o Sistema sobre Mortalidade (SIM), o Hospitalar (SIH-SUS) e o de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e as análises são mais reduzidas e incipientes, de acordo com o Quadro 9.

Quadro 9 - Síntese dos SIS e tipo de análise empreendida nos Relatórios Anuais de Gestão (antes e depois do uso do SARGSUS) de quatro municípios do sul da Bahia-Brasil.

Item nos Relatórios	Município Alfa	Município Beta	Município Gama	Município Delta
SIS mais utilizados (Antes)	SIM, SI-PNI, SINASC, SIH e SIOPS.	SIAB, SIM, SINAN, SIOPS e SISPRENATAL	SIM, SIAB, SINAN, SI-PNI e SIOPS	SIAB, SIM, SINAN, SI-PNI e SIOPS.
SIS mais utilizados (Depois)	SIM, SIH-SUS e SIOPS	SIM, SIH-SUS e SIOPS	SIM, SIH-SUS e SIOPS	SIM, SIH-SUS e SIOPS
Análises empreendidas (Antes)	Informações com referencial explicativo, possíveis causas e consequências do indicador e o que foi realizado para melhorá-lo.	Informações com referencial explicativo, possíveis causas e consequências do indicador e o que foi realizado para melhorá-lo.	Informações com referencial explicativo, possíveis causas e consequências do indicador e o que foi realizado para melhorá-lo.	Aponta algumas tendências e dados sem referencial explicativo.
Análises empreendidas (Depois)	Aponta algumas tendências e pouco referencial explicativo.	Aponta algumas tendências e pouco referencial	Análises simplificadas e incipientes	Análises simplificadas e incipientes

		explicativo.		
--	--	--------------	--	--

Fonte: Banco de dados da autora

De acordo com Brasil (2014b) o SARGSUS foi construído para disponibilizar a maior parte dos dados a serem utilizados pelas equipes gestores das secretarias. Os dados são importados dos seguintes sistemas de informação: SIOPS, SISPACTO, SCNES, SIH-SUS, SIM, IBGE e Tribunal de Contas da União (TCU).

Percebemos o quanto a utilização dos SIS pelos municípios é simplificada, sobretudo a partir do SARGSUS, não permitindo uma maior criatividade pelos sujeitos que o manipulam. Tamaki; et al (2012) asseguram que há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas para a análise da situação de saúde ou para a definição de prioridades e a reorientação de práticas. A utilização desse potencial inexplorado deve ser uma meta nos processos de elaboração de instrumentos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

O Pacto de Gestão, além de contar com indicadores para avaliação do cumprimento das metas acordadas, só se torna viável na existência de informações fidedignas e oportunas. Isso porque não é possível embasar a distribuição de responsabilidades, sobre a saúde da população de um dado território, com base em um cumprimento cartorial de exigências estabelecidas pelo nível federal. As novas regras determinam que tal distribuição se dê a partir do conhecimento da realidade de cada local e das possibilidades de cada gestor – o importante é o cumprimento do dever constitucional compartilhado pelas três esferas de garantir o direito à saúde de todos os cidadãos (BRASIL, 2011b).

Informações epidemiológicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos, oriundas de dados de qualidade são capazes de revelar a realidade dos serviços, das ações, bem como da situação de saúde da população, evidenciando vantagens e problemas prioritários para investimentos (OPS, 2010a)

Visando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 2008. O NASF é composto por

equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais da ESF, nos territórios sob sua responsabilidade.

No Estado da Bahia, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estabelece os modelos de projetos para credenciamento dos NASF através da Resolução 246/2012, que orienta o município a identificar as necessidades de saúde e apresentar indicadores “avaliar dados dos agravos prevalentes, causas mais comuns de internação e morte – utilizar dados do SIAB, DIS, SINAN, SIM, entre outros”.

De acordo com Ceará (2013) os indicadores de saúde a serem usados com base nos SIS que orientam um modelo para elaboração dos Projetos para implantação dos NASF se referem à apresentação de dados epidemiológicos a serem utilizados para justificar as necessidades de saúde da população de modo a justificara implantação de uma Equipe do NASF juntamente com ocupações dos profissionais escolhidos para integrar esta equipe.

Os resultados demonstraram que os Sistemas de Informação utilizados nos Projetos para credenciamento dos NASF de quatro municípios que participaram do estudo, apenas um município utilizou mais de quatro SIS, o SIAB foi o mais utilizado por todos, como já era de se esperar, contudo, a exemplo de outros documentos apresentados, verificou-se a utilização ainda incipiente dos SIS, os dados/indicadores na maioria das vezes foram apresentados em números absolutos com pouco ou sem referencial explicativo, de acordo com o Quadro 10.

Quadro 10 - Síntese dos SIS, indicadores e tipo de análise empreendida nos Projetos para Implantação do NASF de quatro municípios do sul da Bahia-Brasil.

Item nos Relatórios	Município Gama	Município Delta	Município Omega	Município Eta
SIS mais utilizados	SIAB	SIAB, SINAN, SI-PNI.	SIAB, SIM, SINAN e SIH	SIAB, SIM
Indicadores mais frequentes	População coberta estimado por número de pessoas.	Nº absoluto casos de doenças notificados, Tx. Cobert. Vacinal. % abastec. água, destino dos dejetos,	% de pop. 2º tipo de casa, de abastec. água, destino dos dejetos. Nº absoluto doenças notificadas; % de internações por grupo	Tx. Mortalidade infantil,(apenas cita, mas não apresenta). Tx população cadastrada/coberta pela ESF.

			causas e Faix. etária.	
Análises empreendidas	Apresenta número absolutos, sem nenhuma análise.	Aponta algumas tendências e dados com referencial explicativo incipiente.	Aponta algumas tendências e dados com referencial explicativo incipiente.	Informações com referencial explicativo incipiente.

Fonte: Banco de dados da autora

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas para a análise da situação de saúde ou para a definição de prioridades e a reorientação de práticas. Assim, tem-se que os diversos SIS devem ser usados em conjunto, pois se tornarão mais adequados e potencializarão as análises. A incorporação dos SIS para a gestão, sobretudo para o planejamento e para a tomada de decisão pode contribuir para o aperfeiçoamento dos sistemas de serviços, enfim para a produção da saúde com vistas o alcance os objetivos e ideário do Sistema Único de Saúde.

Cavalcante e Pinheiro (2011) referem que a *práxis* informacional em saúde ainda encontra-se fundamentada no modelo biomédico, onde se valoriza a doença em detrimento do sujeito. Por não termos delineados os reais impactos da absorção das tecnologias da informação no SUS e a necessidade de compreender as relações de poder imbricadas na gestão dos SIS, é que os sistemas continuam incompatíveis, entrópicos e de difícil tratamento, muitos deles infidedignos para serem usados no processo decisório. Verifica-se também que o retorno de dados insuficiente gera dificuldades aos profissionais ao planejar o processo assistencial e tomar decisões sustentadas por informações de qualidade.

Devemos ter em conta que os indicadores podem levar a várias interpretações. Tamaki, et al (2012) descrevem o seguinte exemplo: uma ação da atenção básica, o pré-natal, este indicador pode sinalizar cobertura e adesão das gestantes aos serviços prestados. O outro indicador trata da demanda crescente pelas consultas de urgência. Uma interpretação inicial pode parecer óbvia: se a gestão está ampliando essas consultas elas irão mostrar incremento quantitativo. Porém, ao analisar os dois indicadores, de forma relacional, o aumento das consultas de urgência observado pode indicar uma oferta que poderia estar suprimindo o atendimento insuficiente da atenção básica. Enfim, apenas o contexto de cada situação específica pode permitir converter monitoramento em avaliação

potencializando a capacidade de se emitir juízo de valor proporcionando uma tomada de decisão mais objetiva.

Santos; et al (2011) destacam que o município de Belo Horizonte através da GRI experimentou a estruturação da área de informação em um *locus* único e estratégico, compartilhando e integrando as áreas de tecnologia e de informação e a potência da utilização da informação enquanto recurso organizacional capaz de requalificar a assistência, melhorando a produtividade e agilizando processos.

4.2.2 Os distintos atores estão empoderados pelos SIS para a priorização de problemas e para a tomada de decisão?

Usar o Pacto pela Saúde e suas dimensões como eixos orientadores da gestão do SUS é tender para uma vertente mais estrutural-funcionalista. Todavia, tomar o processo de pactuação em sua dimensão organizacional e político-institucional, implica em valorizar a dimensão dos sujeitos, do poder que cada um tem na mobilização de recursos (TAMAKI, et al, 2012).

O processo de diálogo político baseado em amplos processos de consulta, inclusive da sociedade, envolvimento de distintos atores políticos, dentro e fora do setor da saúde são essenciais para a formulação de objetivos, valores e orientações políticas gerais que deverão nortear o planejamento, a tomada de decisão e a formulação de estratégias de enfrentamento. Dessa maneira poderá conduzir a uma prestação de serviço mais assertiva voltada para a produção da saúde.

Entretanto, tem-se que para um consenso, ainda que provisório, em torno das prioridades da gestão do sistema municipal de saúde e para que os objetivos sejam alcançados, é importante que o PMS seja construído de forma participativa, envolvendo os diversos atores sociais (BRASIL, 2013).

Os Planos de Saúde sob investigação referem que foram aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde, embora dos 5, apenas 2 registre que houve participação da população em sua elaboração e decisões, conforme Quadro 11.

Os PMS apontam como principais problemas do estado de saúde da população a hipertensão arterial, as doenças diarreicas agudas, dengue, gravidez na adolescência, dentre outros. A tomada de decisão para enfrentamento dos problemas elencados: práticas educativas, implementar ações de promoção, diagnóstico e tratamento, reduzir o índice de infestação pelo vetor e garantir

métodos contraceptivos. Houve município que embora tenha priorizado o problema gravidez na adolescência, não traçou nenhuma intervenção ou estratégia para enfrentar esse problema.

Políticas nacionais, planos e estratégias de saúde nem sempre cumprem as suas promessas, devido a deficiências do projeto ou falhas de implementação (WHO, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde orienta uma abordagem mais centralizada com ligações explícitas entre os planos nacionais, estaduais e municipais, utilizando como instrumento norteador o Pacto pela Saúde e suas vertentes. WHO, (2010) garante que nesse caso a vantagem é a coerência entre os planos em diferentes níveis, mas pode ser à custa de ser excessivamente controlador e insuficientemente adaptáveis ao contexto, não possibilitando uma maior flexibilidade e criatividade aos níveis descentralizados.

Quadro 11 - Síntese dos problemas, tomada de decisão e participação social nos Planos municipais de Saúde.

Itens nos Planos	Município Alfa	Município Beta	Município Gama	Município Delta	Município Sigma
Principais problemas identificados	Doenças Diarréicas Agudas; Hipertensão Arterial	Hipertensão Arterial; Aumento gravidez adolescência	Casos de Dengue; Cumprimento das metas de cobert. Vacinal	Hipertensão Arterial; Casos de Dengue; Diabetes mellitus	Aumento casos Doenças rel. saneamento básico; Gravidez adolescência
Tomada de Decisão referida	Reduzir casos DDA – oferta hipoclorito, análise amostras água; Incentivar atividades físicas.	Implementar ações de promoção, diagnóstico, tratamento e redução danos; Garantia de acesso a métodos contraceptivos	Ações educativas; Redução do índice de infestação anual pelo <i>Aedes aegypti</i> .	Realizar atividades educativas	Reduzir casos DDA – oferta hipoclorito, análise amostras água; - Não registraram decisão.
Participação					

Social Construção (C) Aprovação (A)	A	C A	C A	A	A
---	---	--------	--------	---	---

Fonte: Banco de dados da autora

O gestor precisa escolher as metodologias, indicadores e os parâmetros que contemplem a diversidade de aspectos e que direcione as decisões e as ações para propiciar o máximo de benefício à saúde da população (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Os gestores e a sua equipe técnica devem possuir uma base de conhecimentos técnicos e jurídico-legal sobre as especificações de cada produto que é elaborado pelos municípios, a exemplo de quem deve compor a equipe responsável pela elaboração do PMS; o que deve conter; onde encontrar os dados e informações necessárias que devem compor o Plano; como definir o perfil epidemiológico da população residente no município; quais sistemas de informação utilizar como fonte; como definir os problemas prioritários do município; como formular os objetivos, diretrizes e metas; e como definir a viabilidade e previsão orçamentária para o Plano (CARPES, 2012).

Desenvolver a GC dentro da estrutura interna do setor público é essencial para garantir o seu funcionamento melhor, no entanto, para o alcance da maior efetividade, deve-se sempre considerar o conhecimento que encontra-se fora de seus escritórios. Isto pode ser encontrado em cidadãos e outras entidades tais como agências de desenvolvimento de pesquisas. Melhorar e incentivar a aquisição de conhecimentos fora do setor público poderia aumentar a eficácia dos programas. Para o setor público poder colher os benefícios trazidos pela nova era do conhecimento e alcançar um maior desenvolvimento, ele deve implementar iniciativas como a GC que não são apenas benéficas para sociedade como um todo, mas também para cada indivíduo (CEPAL, 2013).

Desse modo, a informação, como inteligência coletiva, deve servir para produzir movimentos e mudanças no ver, sentir e agir do trabalho em saúde. No caso da atenção à saúde é para produção de práticas de cuidado, e de gestão e de formação mais comprometidas com o avanço das políticas públicas construídas para a defesa da vida e saúde e fortalecimento da cidadania (FERLA; CECEIM; ALBA, 2012).

Os registros nos RAGs submetidas à análise demonstraram que apenas o Município Alfa refere à equipe gestora e técnica responsável pela elaboração e ocorre a apresentação ao CMS, o Município Beta informa que a elaboração ficou a cargo dos profissionais e equipe gestora, porém não indica se houve apreciação ou aprovação por parte do CMS. O Município Gama refere que a RAG foi elaborada por “diversas mãos”, mas não indica que indivíduos ou equipe foram responsáveis, também não faz menção de apreciação e ou aprovação por parte do CMS. Finalmente, o Município Delta deixa clara a apresentação do RAG ao CMS, porém não informa equipe de elaboração.

Semelhante ao nosso estudo, os resultados da pesquisa de Vieira; Garnelo e Hortale revelaram um alto grau de centralização das atividades de planejamento e programação em todos os municípios. A elaboração dos PMS, das programações anuais e RAGs foram feitas pelos técnicos da área de planejamento, no nível central das secretarias, sem envolvimento dos profissionais das unidades de atenção à saúde e dos usuários do sistema.

Para os documentos Projetos NASF, no Município Gama há o nome da equipe gestora/técnica responsável pela elaboração, porém não faz menção à apreciação e/ou a aprovação pelo conselho de saúde, o Município Delta deixa clara a apresentação do Projeto ao CMS, porém não informa equipe de elaboração. Já o Município Omega revela o nome da Equipe técnica responsável pela confecção, mas não menciona se houve apreciação e/ou participação do CMS.

Para ambos os documentos fica claro nenhum ou pouco envolvimento dos conselheiros para a elaboração e, embora em poucos deles faça referência sobre aprovação pelos membros do CMS, presume-se que isso tenha ocorrido em todos tendo em vista a obrigatoriedade dos registros e assinaturas nas atas para dar seguimento em outras instâncias aos processos e medidas cabíveis.

Sobre informação Kobashi; Talamo (2003) nos ofertam algumas indagações para a reflexão: sobre sua produção, isto é, se os estoques estão organizados para a sua distribuição ou se o público dispõe de capital simbólico para ativá-los. Existem estoques de informação suficientes, mas que não concretizam fluxos porque não foram organizados para tanto. Ou ainda, os estoques estão organizados, mas não cumprem suas funções, não por consequência de falha interna, mas porque não participam de processos de distribuição ou não oferecem acesso adequado às pessoas a que se dirigem.

Davenport e Prusak (1998) asseguram que, embora haja uma profusão de conhecimento nas organizações, a existência não assegura o seu uso, sendo necessário estabelecer estratégias de trocas de conhecimento.

As Salas de Situação em Saúde tem se mostrado como uma ferramenta importante para socializar e democratizar uma diversidade de informações. OPS (2010a) afirmam que essa ferramenta proporciona a integração de informações de forma a oferecer diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, possibilitando a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades detectadas, de forma a fomentar a melhoria dos sistemas de informações em saúde e permitir a observância dos resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde.

Assim, a gestão da saúde precisa buscar métodos inovadores para uma prática mais implicada, crítica e transformadora, ultrapassando os limites das informações puramente técnicas para a tomada de decisão, para efetivamente alcançar um conhecimento inscrito no diálogo e saberes de distintos atores de modo a possibilitar ressignificações/reconstruções da informação e do conhecimento que contribua para a sua utilização em diferentes situações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além de respostas e conclusões, o estudo propõe uma reflexão sobre as particularidades do objeto, qual seja a utilização dos SIS para a tomada de decisão pelos gestores municipais de saúde, pois o contexto mundial requer, cada vez mais, a ampliação do uso da informação no cotidiano do processo decisório, principalmente na saúde, devido à sua abrangência e complexidade.

Considerando os pressupostos e objetivos, o estudo destacou que a utilização dos SIS ainda não atinge todo o seu potencial, pois é usado de maneira incipiente pela gestão da saúde para o processo decisório, o que foi reiterado tanto nos resultados das entrevistas como dos documentos. Em geral, eles usam e compartilham dados e informações, porém, percebe-se uma dificuldade latente em transformar a informação em conhecimento e decisão. O uso da informação não a esgota, mas ela ainda é pouco utilizada como substrato para a construção do conhecimento.

Foi confirmado tanto pelos depoimentos quanto pelos documentos que no cenário do estudo configuram-se duas realidades contraditórias no qual em uma há envolvimento de diversos atores e participação popular na tomada de decisão e em outra se apresenta o papel cartorial do conselho de saúde, que é acessado apenas para aprovação de projetos.

Tendo em vista que ainda é reduzido o envolvimento dos diversos atores na arena da decisão, principalmente do cidadão-usuário, a gestão necessita envolver os distintos sujeitos no uso e compartilhamento do conhecimento através da promoção de momentos ímpares de produção de novos encontros e tomada de decisões. O envolvimento dos pares e da população, sobretudo através dos conselhos nas decisões agrega contribuições e posições de acordo com cada contexto e realidade, pode promover um processo amplo e representativo de diálogo, de forma legítima, participativa e inclusiva.

Alguns gestores explicam que “saber ouvir” é uma importante qualidade que eles dispõem para o processo decisório. A relevância dos SIS foi enfatizada pelos entrevistados, como uma ferramenta para o planejamento, para a tomada de decisão e para a gestão da saúde de um modo geral, entretanto, uma fragilidade importante que chamou atenção no estudo foi a falta ou o número reduzido de

qualificações para a utilização dos SIS, embora alguns aprenderam ou foram capacitados quando atuaram como profissionais.

Além disso, embora ocorra deficiência de qualificação em SIS, eles estão criando estratégias individuais para darem conta dessa lacuna, pois afirmam que utilizam SIS em seu cotidiano como gestores. A fim de suprir a pouca qualificação em SIS estão surgindo algumas iniciativas por parte do Ministério da Saúde, de algumas Secretarias de Saúde do Estado e de Instituições de Ensino e Pesquisa, que vêm desenvolvendo cursos e especializações que objetivam qualificar a gestão municipal de saúde, abordando, inclusive sobre o uso das Tecnologias de Informação (TI), porém persiste uma lacuna com relação a qualificação em tomada de decisão. Os gestores precisam ser qualificados no uso das TICs, na criação, armazenamento e distribuição do conhecimento e também em tomada de decisão, preferencialmente em seus lugares de trabalho, visto que tal possibilidade se configura como uma oportunidade para refletir sobre suas vivências/experiências cotidianas e cria possibilidades de aprendizagem.

Mesmo diante de alguns obstáculos, alguns gestores tem procurado implementar a inovação, mesmo que de forma incipiente para facilitar a tomada de decisão, compartilhar informações e melhorar as práticas da gestão.

Um dos principais entraves para potencializar o uso das TIC é o acesso a Internet, visto que os SIS precisam ser enviados a outras esferas, há necessidade de baixar as versões novas, alguns SIS que são digitados *on-line*, dentre outros.

Os resultados e a discussão ainda apontaram para os seguintes pontos: dentre os SIS utilizados, há destaque para o SIAB; os gestores usam ainda números absolutos para explicar situação de saúde da população e os indicadores empregados são os tradicionais, a exemplo da taxa de mortalidade infantil. Nesse sentido, há necessidade de executar a educação permanente dos gestores e de outros envolvidos quanto à importância da elaboração dos instrumentos de gestão como os Planos de Saúde, os Relatórios de Gestão, dentre outros, bem como do incentivo a participação ativa dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando a concretização do controle social das ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS.

Diante das limitações na utilização dos SIS como ferramenta para a tomada de decisão que surgiram nos resultados, enfatiza-se que uma das principais funções das Secretarias Municipais de Saúde reside em proporcionar aos membros de sua

equipe gestora e técnica um ambiente facilitador que lhes permita maximizar o seu potencial, fornece-lhes as informações necessárias para que possam fazer escolhas da forma mais adequada e direcionar as suas decisões para os objetivos e diretrizes do SUS. Recentemente há uma perspectiva de potencializar e fomentar ainda mais uma cultura informacional com a reestruturação do SIAB e o surgimento do e-SUS AB.

Embora não haja caminhos prontos a se trilhar, sugerem-se alguns pontos que podem ser pensados e discutidos pela gestão, profissionais e conselhos de saúde de modo a promover o fortalecimento de uma cultura informacional nas secretarias municipais de saúde e fomentar um ambiente organizacional que consolide o uso dos SIS para a construção do conhecimento e o seu compartilhamento para subsidiar o processo decisório.

Uma das proposições interessantes que podem ser discutidas pelas gestões é a instituição de uma Gerência de Recursos Informacionais nas secretarias municipais; as informações e os conhecimentos devem circular interna e externamente na secretaria de saúde por meio de um eficiente sistema de comunicação com infraestrutura tecnológica adequada; disparar um diálogo com as outras esferas para enfrentar as necessidades de maior integração dos SIS de modo que passem a ser sistemas interoperáveis; e para além do uso dos SIS, os gestores devem buscar conhecimento e ferramentas que visem a utilização de evidências científicas para a tomada de decisão informada na gestão da saúde.

Nesse contexto, uma perspectiva promissora é a utilização de evidências científicas como subsídio da tomada de decisão através da implementação de um Núcleo de Evidências em Saúde (NEv) no município a fim de promover o uso local do conhecimento científico na formulação e implementação das políticas de saúde, visando à melhoria dos serviços e do sistema local de saúde para o enfrentamento dos problemas.

Os diversos SIS devem ser usados em conjunto, pois se tornarão mais adequados e potencializarão as análises, quanto mais forem utilizados dessa forma. De acordo com os resultados e discussão melhor seria se os computadores estivessem ligados em redes. O uso da Intranet também poderia facilitar e agilizar a comunicação entre as pessoas das secretarias, a criação de grupos de discussão através de fóruns que facilitem o contato entre os sujeitos em busca de conhecimento e aqueles que podem ter acesso ao conhecimento.

Outra proposição é o uso de diretórios organizacionais (a exemplo do mapeamento do conhecimento) que permitem aos indivíduos localizarem rapidamente a (as) pessoa (s) que tem o conhecimento que poderia ajudá-los a resolver um problema. Ademais, ao empoderar os indivíduos e compartilhar conhecimentos aumentam-se a quantidade de conhecimento organizacional disponível e as TICs atuarão como catalisador ao possibilitarem que o conhecimento seja aplicado ao longo do tempo e do espaço e em diversos contextos.

Outra possibilidade de otimização do uso de informações é a introdução do georreferenciamento dos SIS por se tratar de uma tecnologia que permite a gestão e aos profissionais das equipes visualizarem uma disposição espacial que potencializa a interpretação de indicadores de saúde.

Não há uma “fórmula” que leve a se efetivar a utilização dos SIS para a tomada de decisão pelos gestores da saúde. Não se trata de uma lógica linear e normativa, e sim do estudo oferta elementos que possam servir de reflexão e discussão de possibilidades, de outras formas de condução da utilização dos SIS, do uso e compartilhamento de conhecimentos, da produção de sentidos que leve à inteligência coletiva para a construção de uma gestão mais implicada com a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Nessa direção, fez-se um esforço no sentido de trazer a Gestão do Conhecimento como um constructo teórico para ancorar e apoiar a Gestão da Saúde, visto que o conhecimento em si é um bem público que ainda precisa ser melhor explorado pelos municípios participantes da pesquisa. A GC deve envolver pessoas, processos e tecnologia. A tecnologia deve ser encarada como um facilitador e não um fim, pois ela pode servir como um catalisador para obtenção da informação e do conhecimento, porém, não pode sozinha disparar a ação. O processo de produção da informação deve servir tanto para a tomada de decisão clínica quanto para a gestão.

Diversos campos de conhecimento podem e devem dialogar com as informações em Saúde, com possibilidade de potencializarem suas práticas e saberes: a epidemiologia, gestão, a clínica, o planejamento, sociologia, pedagogia, dentre outros. Assim, tem-se que a incorporação dos SIS para o desenvolvimento das funções inerentes à gestão, sobretudo a utilização no planejamento e para a tomada de decisão pode contribuir para o aperfeiçoamento dos sistemas de

serviços, enfim para a produção da saúde com vistas o alcance os objetivos e ideário do SUS.

Os secretários podem pensar o processo de produção da saúde a partir do reconhecimento de seu lugar no mundo, privilegiado pela possibilidade de estar gestor. Nesta direção, ele deve procurar inovar em sua prática e desenvolver uma gestão amorosa e implicada com o aprofundamento da cidadania. Deve ainda buscar ultrapassar os limites do uso de informações puramente técnicas para a tomada de decisão a partir do uso de mecanismos de governança, para serem capazes de implementá-la no município. Seu objetivo deve ser o de alçar um conhecimento inscrito no diálogo e saberes de distintos atores, pautado pelo seu empoderamento, produção de autonomia, equidade e ética, que permita ressignificações/reconstruções da informação e do compartilhamento do conhecimento e contribua para a sua utilização efetiva no contexto da gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH; DATE, H. Public sector knowledge management: a generic framework. **Public sector management review**. Jan./Jun. 2009, v. 3, n. 1.

Disponível em:

<<http://apps.intan.my/psimr/vol3no1/1%20Public%20Sector%20Knowledge%20Management.pdf>> Acesso em: 15 Set. 2014.

ALAZRAQUI, M.; MOTA, E.; SPINELLI, H. Sistemas de Información em Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Um desafio en la reducción de desigualdades en la gestión local. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, Dec. 2006. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200018&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 23 Set. 2014.

BECKMAN, T. **Knowledge management**: a technical review. Washington: GWU Working Paper, Washington, 1998.

BAHIA, Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução Nº 246/2012**. Altera os anexos A, B e D da Resolução CIB nº 49 de 06 de março de 2008 e o anexo II da Resolução CIB nº 66, de 19 de março de 2010, que estabelecem os modelos de projetos para credenciamento de ESF, ESB, ACS, NASF e alteração da modalidade da ESB, no Estado da Bahia. Serviço Estadual: CIB, 2012.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde**. 2.ed. Salvador: SESAB, 2013.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **PDR, 2008**. Disponível em:

<http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/Result_Micro.asp?MICRO=Itabuna&Button12=Ok>. Acesso em: 28 jun. 2014.

BARBOSA, J. G. P. et al. **A proposed architecture for implementing a knowledge management system in the Brazilian National Cancer Institute**. Brazilian Administration Review, v. 6, n. 3, p. 247-262, July/Sept. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, F. F. **Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira**: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão. Brasília: Ipea, 2012.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro v. 12. n.2. abr/jun. p. 267-270.1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10973**. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília DF, Seção1, 2 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção da política nacional de informação e informática em saúde**: proposta versão 2.0: (inclui deliberações da 12.^a Conferência Nacional de Saúde) / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. v.1 e 2. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria G.M. nº 2.488** de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011b, 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 132 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011c, 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 143 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011d, 11).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO), Setembro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS /Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013b. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html> Acesso em: 04 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE)**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 26 set. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS Manual do Usuário para o Relatório de Gestão Versão 4**. - Brasília:

Ministério da Saúde; 2014b.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARPES, C.E.P. **Avaliação do compartilhamento do conhecimento em entidades de saúde do executivo estadual de Santa Catarina**. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

CARVALHO, A.L.B; et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Cienc. saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2014.

CASSARRO, A C. **Sistemas de informações para tomada de decisões**. 4. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

CASTRO, E.A.B; CAMPOS, E.M.S. Uma Discussão sobre as Competências e Habilidades dos Gestores no Âmbito do Sistema Público de Saúde. **Revista Nates UFFJ**, v.2 n. 6, 2003.

CAVALCANTE,R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 106-119, jul./dez. 2011.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde.**Guia de Orientação para Elaboração de Projetos de Implantação do NASF**. Sala de Situação da Atenção Primária, 2013.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v.15, n.37, p. 589-599, jun. 2011.

COHN, A. Saúde e desenvolvimento social. **Saude Soc.**, São Paulo, v.18, suplemento 2, p.41-47, jun.2009.

COHN, A.O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos, InCAMPOS, G.W. S. et al (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**, Editora Hucitec/Editora Fiocruz: São Paulo/Rio de Janeiro, p. 231-257, 2006.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). **Knowledge management in the public sector**: an online presence as a tool for capture and sharing. United Nations Publications; (Series studies and perspectives, 20) New York: United Nations, April 2013.

COSTA, A. M. **Direito a Saúde, Acesso Universal e de Qualidade**: anotações para o debate. In 2º Simpósio de Política de Saúde. Teses. CEBES, Brasília, p. 9-11, jul., 2011.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Working knowledge**: how organizations manage what they know. Boston: Harvard Business School, 1998.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa**: aportes metodológicos. 2 ed. Campinas: Papirus, 2004.

ERDMANNI, A.L; et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n.3, p.483-91, 2006.

FERLA, A.A; CECIM, R.B.; ALBA, R.D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. RECIIS – R. **Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

FIGUEIREDO, L.A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. saude Colet.**, Rio de Janeiro, n.18 v.3, p.418-423, 2010.

FLEURY; S.; OUVENEY.A.M. Política de Saúde: uma política social. *In*: Giovanella, *et al* (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e CEBES, p.23-64, 2008.

FRANCO, M.L.P. B. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Brasília: Liber livro editora, 2012.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, L. F. A. M.; ALMEIDA, A. T; GOMES, C. F. S. **Tomada de decisão gerencial**: enfoque multicritério. 4 ed, São Paulo: Atlas, 2012.

GUIMARÃES, E.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf.**, v.33, n.1, p.72-80, Brasília, jan-abril, 2004.

HEISIG, P. Harmonisation of knowledge management – comparing 160 KM frameworks around the globe. **Journal of Knowledge Management**, v. 13, n. 4, p. 4 – 31, 2009.

KOBASHI, N.Y.; TÁLAMO, M.F.GM. Informação: fenômeno e objeto de estudo da sociedade contemporânea. **Rev. Transinformação**, Campinas, n.15 Edição Especial, set-dez, p.7-21, 2003.

LINS.A.M.; CECÍLIO, E.A.B. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v. 11 n. 23, p.503-514, Set./Dec, 2007.

LORENZETTI, J.; et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis , v. 21, n. 2, June 2012.

LUCCHESE, P.T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Cienc. saude colet.**, v. 8, n.2,p. 439-448, 2003.

MACHADO, R.R; et al.Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. N.11 v.1, p.181-187,2009.

MARTINS, W.J; ARTMANN, E; RIVERA, F.J.U. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.46 supl.1 São Paulo dez. 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais.** v.18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. saude colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar. 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Set. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10 ed, São Paulo: Editora HUCITEC, 2011.

MIRANDA, A.S. Que alternativas para a gestão pública de sistemas de serviços de saúde. In 2º Simpósio de Política de Saúde. Teses. **CEBES**, Brasília, p. 18-21, jul., 2011.

MISRA, D.C., Ten Guiding Principles for Knowledge Management in E-government in Developing Countries. In: **First International Conference on Knowledge Management for Productivity and Competitiveness**, New Delhi organized by National Productivity Council, January 11-12, 2007.

MONTANI, S., BELLAZZI, R. Supporting decisions in medical applications: the knowledge management perspective. **Int J MedInform**, v.68, n. 1-3, p. 79-90, 2002.

MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – Abrasco, 1994. 172 p.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a Gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, CENEPI vol. 10, nº 1, jan/mar., p.49-56.2001.

MOTA, E.L.A. Algumas reflexões sobre o papel da informação e da comunicação social em saúde no processo decisório. **Informação e Comunicação Social em Saúde**. Brasília: Fundação Kellogg/ Projeto UNI/FAPEX/OPAS, 1995.

MUTALE, W. et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: Implementation strategies from the African Health Initiative. *BMC Health Services Research*. 2013; 13Suppl 2: 1-12.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **The knowledge-creating company**. New York: Oxford University Press, 1995.

OLIVEIRA, M.H.C. B. PACTOS DE GESTÃO: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In PIERATONI, C.R.; VIANNA, C.M.M (orgs). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, p. 59-92, 2003.

Organización Pan-americana de La Salud (OPS). **Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud** - Introducción y Generalidades, Washington: D.C.: OPS; 2010a.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). **Sala de Situação em Saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

PAIM, J.S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In Campos, G.W.(org). **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo:HUCITEC-FIOCRUZ, p.767-782, 2006.

PAIM.J.S.; TEIXEIRA.C.F.Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **RevSaude publica** n.40(N Esp), p.73-78, 2006.

Pesquisa Saúde: facilitando a apropriação do conhecimento científico na gestão de saúde.**Rev. Saude publica**, São Paulo, v. 44, n. 5, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Set. 2014.

PINHEIRO, A.LS.Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Rev. APS**, v.12 n.3, p. 262-270, 2009.

PINTO, I.C.; et al.Os Sistemas de Informação em Atenção Primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. **Cad. saude Colet.**, v.2, n.18, Rio de Janeiro, p.291-297, 2010.

RITTER, F.; ROSA, R.S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2523-2534, Dec. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Set. 2014.

ROCHA, E.S.B. et al. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 20, n.2, Abr. 2012

SANTO, Tomás de Aquino. **A prudência**: a virtude da decisão certa. Lauand, Jean (tradução, introdução e notas), 1 ed., São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SANTOS, A.F. et al. Estruturação da área de informação em saúde a partir da gerência de recursos informacionais: análise de experiência. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 6, June 2011. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Sept. 2014.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I - Número I - Julho de 2009.

SILVA, M., RODRIGUES, V., ALVES, E. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DF): uma visão do gestor relacionada ao preparo para a função. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 3, p.843-60, set, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/493>>. Acesso em: 05 Out. 2014.

SIMON, H.A. **A Capacidade de Decisão e Liderança**. Editora Fundo de cultura: Rio de Janeiro, 1972.

SIMON, H.A. **Administrative Behavior**: a study of decision-making processes in administrative organization. 4th ed, New York: USA; 1997.

SOUZA, E.D. DIAS, E.J.W. NASSIF, M.E. Gestão da informação e do conhecimento na ciência da informação: perspectivas Teóricas e Práticas Organizacionais. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.21, n.1, p. 55-70, , jan./abr, 2011.

TANAKA, O.Y; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Cienc. saude colet**, v.17 n.4 Rio de Janeiro, abr. 2012

TAMAKI, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Cienc. saude colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Apr. 2012.

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Cienc. saude colet.**, 11, nº 003, Rio de Janeiro, julho-setembro, 2006.

TEIXEIRA, C.F.(coord).Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. In: **Informação para Tomadores de Decisão**. São Paulo: BIREME/ OPAS/OMS, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação.1. ed. 19. Reimpr, São Paulo: Atlas, 2010.

United Nations Public Administration Network (UNPAN). Featured Learning Materials, Gestão do Conhecimento na Organização Governamental. **Sessão II - Gestão do Conhecimento em Organizações Governamentais e Programas**, 2014a.Disponível em:<http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN93042.pdf>. Acesso em 02 de agosto.

United Nations Public Administration Network (UNPAN). Featured Learning Materials, Gestão do Conhecimento na Organização Governamental. **Sessão III - Processo de Gestão do Conhecimento**: perspectivas Centradas na Linha de Pessoas e no Conhecimento, 2014b. Disponível em: <http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN93044.pdf>. Acesso em: 02 ago.

United NationsPublicAdministration Network (UNPAN). Featured Learning Materials, Gestão do Conhecimento na Organização Governamental.**Sessão V - Foco em Tecnologia da Informação aplicada à Gestão do Conhecimento e Tecnologias para a Gestão do Conhecimento nas Organizações Governamentais**, 2014c. Disponível em: <http://workspace.unpan.org/sites/Internet/Documents/UNPAN93046.pdf>. Acesso em: 02 ago.

VASCONCELLOS et al.Tecnologias de informação como meio e objeto de aprendizagem: uma experiência de formação continuada na gestão da saúde, **Revista TEXTOS de La CiberSociedad**, 16, 2008. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponível em:<<http://www.cibersociedad.net>>_ Acesso em 3 nov. 2011.

VIDOR, A.C.; FISHER, P.D.; BORDIN, R.Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev. Saude Publica**, vol.45 no.1 São Paulo, Feb. 2011, p. 24-30.

VIEIRA, J.M.R; GARNELO, L; HORTALE, V.A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família.**Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acessoem 06 Oct. 2014.

World Health Organization (WHO). **Health system strengthening Improving support to policy dialogue around national health policies, strategies and plans**. Executive Board:128th Session, Provisional agenda item 4.5, 29 December 2010.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr(a), _____ nº _____

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa “A gestão em saúde e o uso dos sistemas de informação como ferramenta para a tomada de decisão em municípios do sul da Bahia” que estamos desenvolvendo. Este trabalho tem como objetivo Analisar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde no processo de tomada de decisão pela gestão da saúde de um município do sul da Bahia.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder a algumas perguntas, que lhe serão feitas. As suas informações e respostas serão gravadas, com sua autorização, transcritas do jeito que você responder e mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. Também utilizaremos dados e informações contidas em documentos oficiais da secretaria municipal de saúde onde constem itens sobre a atenção básica (planos de saúde, programações anuais, relatórios de pactuações, relatórios de gestão, atas, agendas de saúde).

O que lhe pedimos é o tempo, de aproximadamente 20 minutos, que você terá de gastar para responder às perguntas. Caso você se canse poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e marcamos outro dia se assim preferir.

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.

Gostaríamos de esclarecer que as informações emitidas pelo Sr(a) não causarão nenhum dano ou ônus a sua pessoa, o desconforto que o(a) Sr(a) poderá sentir é compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais em alguns dos tópicos em que o(a) Sr(a) pode sentir incômodo em falar. Porém, não desejamos que isto venha a acontecer, então o (a) Sr(a) não tem que responder qualquer pergunta ou parte de informações obtidas na entrevista se o(a) Sr(a) sentir que a pergunta é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar. Poderá não haver nenhum benefício direto a o (a) Sr(a)., mas é provável que sua participação nos ajude a descobrir mais sobre como atua a gestão da atenção básica de saúde. As informações que você nos der serão muito úteis para podermos melhorar a gestão municipal da saúde e, com sua participação você estará contribuindo para produção de conhecimento para a melhoria da saúde e da assistência neste local.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
- Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pelo pesquisador e participante, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, _____ Sr.
(a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e consinto em participar deste estudo.

Itabuna-BA, Data: _____/_____/_____

Participante

Pesquisador

Qualquer dúvida para esclarecimentos, entrar em contato com Alba Lúcia Santos Pinheiro (73) 8801-8611 albapinheiro@usp.br ou com Profª. Ione Carvalho Pinto pelo telefone (16) 3602.3429 ou no endereço Av. Bandeirantes, 3900. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos *EERP/USP*

Endereço: Av. BANDEIRANTES, 3.900 Bairro: Vila Monte Alegre CEP: 14.040-902

UF: SP **Município:** Ribeirão Preto **Fone:** (16)3602-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8:00 as 17:00.

APÊNDICE B**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SMS**

Ribeirão Preto-SP, 17 de agosto de 2012

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio deste, encaminhar o projeto intitulado **“A GESTÃO EM SAÚDE E O USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM MUNICÍPIOS DO SUL DA BAHIA”** de autoria da Enf^a**Alba Lúcia Santos Pinheiro**, doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e da Prof^a Dra. **Ione Carvalho Pinto**, para análise e autorização quanto a sua realização na Secretaria Municipal de Saúde.

Aproveitamos a oportunidade para informar que: a pesquisa não propiciará ônus algum para a Vossa Instituição, que os pesquisadores possuem currículo cadastrado na Plataforma Lattes e que o desenvolvimento do trabalho apenas iniciará após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção dispensada, e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Alba Lúcia Santos Pinheiro
Pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Ilmo (a).Sr (a).

Secretário (a) de Saúde de _____

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

I – Características dos sujeitos/ dados pessoais

Nome (iniciais): _____ D. Nasc: _____

Escolaridade/Formação profissional: _____

Se graduado, tempo de conclusão da graduação: _____

Egresso da Universidade:

Tempo no serviço: _____

Função: _____ Carga horária semanal: _____

Data e local da entrevista:

II - Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

QUESTÃO NORTEADORA: Quais os SIS envolvidos e/ou deflagradores do processo decisório para a gestão da saúde?

Conteúdo envolvido	Questão de investigação
Utilização dos SIS	O (A) Sr (a) utiliza algum (ns) Sistemas de Informação no seu trabalho como gestor? Se sim, quais?
Ações/atividades desenvolvidas pelo gestor (a)	Enumere as ações subsidiadas pelo SIS realizadas pelo (a) Senhor (a) enquanto gestor (a)? Você poderia utilizar os SIS em outras ações? Qual ou quais?
Como e quando utilizam os SIS para o processo da tomada de decisão.	Como e quando o (a) Senhor (a) realiza essas ações? Quais os dados e ou informações e ou indicadores que você utiliza para a tomada de decisão?

QUESTÃO NORTEADORA:Quais os elementos que facilitam e/ou dificultam a utilização dos SIS pela a gestão municipal da saúde?

Conteúdo envolvido	Questão de investigação
Facilidades e/ ou dificuldades na utilização dos SIS.	O Sr (a) pode descrever as dificuldades para a utilização dos SIS. Agora fale um pouco sobre as facilidades para a utilização dos SIS.
Importância dos SIS para a gestão na tomada de decisão.	Explique-me no seu cotidiano o ambiente como as decisões são tomadas: Que tipo (s) de demanda (s). Envolvimento ou não de outros atores (quais?). Qual ou quais as qualidades que acredita que dispõe para a decisão; ações implementadas após a decisão). O Sr. (a) já participou ou participa de alguma qualificação em SIS? Se Sim, qual ou quais? O Sr. (a) já participou ou participa de alguma qualificação em tomada de decisão? Se Sim, qual ou quais? Comente a sua compreensão sobre a utilização dos SIS para a gestão.

QUESTÃO NORTEADORA: Qual a percepção dos gestores (potenciais decisores) da saúde sobre a utilização dos SIS no processo decisório?

Conteúdo envolvido	Questão de investigação
Percepção para o processo decisório.	Descreva uma situação qualquer em que o (a) Sr. (a) tenha tomado uma decisão na qualidade de gestor, subsidiada pelos SIS.

APÊNDICE D**ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Município:

Análise de Documento

a) Tipo de Documento:

Plano de Saúde () outro (s) _____

Programação Anual () outra (s) _____

Relatório Anual de Gestão () outro (s) _____

Relatório de Pactuações () que tipo (s) _____

Avaliação (ões) de serviços () outra (s) _____

b) Síntese do Documento (O que é? Para quê serve? Em que formato é apresentado? Quando é recomendada sua aplicação?)

c) Que Sistemas de Informação são utilizados no documento?

() SIAB () SINAN () SINASC () SIA-SUS () SISVAN

() SIM () SIOPS () SISPRENATAL () HIPERDIA () SIS-PF

() SI-API

() outro (s) _____

d) Principais dados, informações e/ou indicadores de saúde utilizados:

e) Utilização de dados e ou informações e ou indicadores que não são específicos da área da saúde? Se sim, qual ou quais?

f) Citar cargo/função do (s) responsável (is) pela elaboração do documento:

g) Relacionar tipo (s) de problemas/demandas a tipo de informação(ões) e tipo (s) decisão (ões) explicitadas no documento que devem ou deverão ser adotadas:

Problema /demanda	Dado/informação/indicador	Decisão

h) Revelam (mesmo que implicitamente) as etapas do raciocínio para a decisão?
Se sim, quais?

i) O documento é uma exigência vertical de outras esferas do Sistema de Saúde?
Se sim, qual ou quais? Se não, há uma explicitação sobre a partir de que surge a demanda para a elaboração do documento?