Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Percepção dos Gestores Sobre o Uso de Indicadores nos Serviços de Saúde

Keler Wertz Schender de Lima

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviço de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

2013

Percepção dos Gestores Sobre o Uso de Indicadores nos Serviços de Saúde

Keler Wertz Schender de Lima

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviço de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada à fonte.

DEDICATÓRIA

A DEUS, por dar-me forças para trilhar este caminho, e por me ensinar que tudo posso Naquele que me fortalece.

A Oraida, minha mãe, pelo dom da vida e sua presença marcante e incentivos constantes nesta trajetória.

Ao Oseias, meu marido, meu amigo, meu amor, por apoiar e cooperar em todos os meus sonhos e compreender a minha ausência.

Ao Kauã, filho amado e tão desejado, o seu sorriso e alegria são um grande incentivo nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof° Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, meu orientador, por acreditar nesse trabalho e por sua colaboração direta e precisa no meu aprendizado.

Às professoras Dra. Zilda Pereira e Dra. Aylene Bousquat, por terem contribuído tanto na pré-banca como na defesa.

À Faculdade de Saúde Pública por proporcionar a formação tão desejada.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro concedido o qual foi fundamental para realização do curso.

À Prefeitura Municipal de São Paulo e a Coordenadoria Regional de Saúde da Região Sudeste por permitirem a realização desta pesquisa em suas unidades.

À Michelle, por ter cuidado do meu filho com tanta dedicação e carinho, enquanto eu desenvolvia este trabalho.

Aos amigos Janessa e Roudom com quais compartilhei momentos preciosos.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para o meu desenvolvimento técnico-científico e pessoal.

EPÍGRAFE

"Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que fez tua rosa tão importante."

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

LIMA KWS. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Introdução: Os indicadores de saúde refletem o quadro real das condições de saúde de uma população. Sua utilização pode orientar os gestores de saúde no planejamento e controle das atividades locais, além de permitir possíveis inferências quanto aos efeitos das decisões e de seus resultados. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo descrever a percepção dos gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em suas ações de planejamento e controle dos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório com abordagem de análise qualitativa. O estudo foi realizado na subprefeitura da Aricanduva, com a entrevista dos gestores das unidades de saúde. Para a interpretação dos dados levantados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. Os trechos das falas dos gestores foram agrupados por temas: Tema 1: Perfil dos gestores das unidades de saúde; Tema 2: Percepção quanto ao uso dos sistemas de informação em saúde para o planejamento e controle dos serviços de saúde; Tema 3: Acesso e discussão das informações em saúde; Tema 4: Percepção sobre a confiabilidade e qualidade dos indicadores; Tema 5: Comparação com outras unidades de saúde (Benchmarking); Tema 6: Entraves na utilização dos sistemas de informação em saúde; Tema 7: Oportunidades de melhoria dos sistemas de informação em saúde. **Resultados:** Os indicadores de saúde são subutilizados pelos gestores em suas ações de planejamento e controle dos serviços. Os sistemas de informações em saúde são apreendidos como instrumentos técnico-burocráticos por parte dos gestores. Segundo a maioria dos gestores, sua relação com esses sistemas consiste, na inclusão de dados e repasse das informações, sendo reduzida sua utilização gerencial. Alguns entraves foram mencionados pelos gestores em relação ao acesso as informações em saúde. A lentidão dos sistemas foi considerada o principal entrave, seguido pelo escasso número de profissionais capacitados para operar o sistema, falta de oportunidades para formação e atualização dos profissionais, além da pouca integração entre os sistemas. **Considerações finais:** Verificou-se que, em maioria, os gestores entrevistados não se apropriam dos indicadores de saúde para suas ações gerenciais. Recomenda-se propiciar condições institucionais para uma utilização mais efetiva dos indicadores de saúde como instrumento de gestão das unidades do serviço público de saúde.

Palavras-chaves: Indicadores de Saúde; Sistemas de Informação; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

LIMA KWS. Perception of managers on the use of indicators in health services [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Introduction: Health indicators reflect the true picture of population health status. Its use can guide health managers for the planning and control of interventions, and allows inferences on the possible effects and consequences of their decisions. **Objective:** This study aimed to describe the perception of managers of health facilities on the use of health indicators in the planning and control of actions performed at their health units. **Methods:** We conducted a descriptive study, using a qualitative analysis approach. The study was conducted in the borough of Aricanduva, by interviewing the managers of health facilities. The interpretation of results used the methodological resource of thematic analysis of discourse contents. Segments of the managers' discourse were grouped by themes: Theme 1: Profile of managers of health facilities; Theme 2: Perception on the use of health information systems for the planning and control of health services; Theme 3: Access and discussion of health information; Theme 4: Perceptions about reliability and quality of health indicators; Theme 5: Comparison with other health units (Benchmarking); Theme 6: Restriction on the use of information systems in health; Theme 7: Opportunities for improving the system of health information. **Results:** Health indicators are underutilized by managers in their actions planning and control services. The health information systems are perceived as bureaucratic and technical instruments by managers. According to most the managers, their relationship with these systems consists in the inclusion of data and transfer of information; they scarcely use this tool to instruct decision making. Managers mentioned some barriers in relation to access to health information. The slowness of the system was considered the most important of these obstacles, followed by the small number of professionals trained to operate the system, lack of opportunities for training and updating of professionals, as well as poor integration between systems. **Final considerations:** Most managers do not fully qualify as users of health indicators in the planning and management of their actions. The provision of institutional resources is recommended to allow for a more effective use of health indicators as a management tool for public health units.

Key words: Health Indicators; Information Systems; Health Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....13

2 REVISÃO DE LITERATURA.....16

2.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS BÁSICOS.....16

2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....20

2.2.1 SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos).....23
2.2.2 SIM (Sistema de Informações Sobre Mortalidade).....24
2.2.3 SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).....25
2.2.4 SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) 26
2.2.5 SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).....28
2.2.6 SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS).....29
2.2.7 HIPERDIA.....30
2.2.8 SISCOLO E SISMAMA.....31
2.2.9 SIS-PRENATAL.....31

2.2.10 CNS (Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde).....32

2.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO.....33

2.3.1 CEInfo (Coordenação de Epidemiologia e Informação).....33
2.3.2 SIGA (Sistema Integrado Gestão de Atendimento).....34

2.3.3 GSS (Gestão de Sistema de Saúde).....35

2.4 UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE.....35

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL.....39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....39

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO 40
4.2 LOCAL DE ESTUDO 41
4.3 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS.....41
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....44
4.5 TÉCNICA DE PESQUISA.....44
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....45
4.7 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE ESTUDO.....46
4.8 COLETA DOS DADOS.....47
4.9 ANÁLISE DOS DADOS.....48

RESULTADOS 49

5.1 TEMA 1: PERFIL DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE..... 49
5.2 TEMA 2: PERCEPÇÃO QUANTO AO USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O PLANEJAMENTO E CONTROLE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....50
5.3 TEMA 3: ACESSO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE.....53
5.4 TEMA 4: PERCEPÇÃO SOBRE A CONFIABILIDADE E QUALIDADE DOS INDICADORES DE SAÚDE.....55
5.5 TEMA 5: COMPARAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE (BENCHAMARKING).....57
5.6 TEMA 6: ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO 59
5.7 TEMA 7: OPORTUNIDADES DE MELHORIA – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....61

6 DISCUSSÃO.....64

6.1 USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES NA GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE.....64
6.2 DIFICULDADES E SUGESTÕES PARA O USO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE.....68
6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....74
8 REFERÊNCIAS.....76
ANEXO 1.....84
ANEXO 2.....85
APÊNDICE 1.....87
APÊNDICE 2.....89

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
BPA	Boletim de Produtividade Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEinfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CNPq	Conselho Nacional de Conhecimento Científico e Tecnológico
COE	Clínica Odontológica Especializado
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GSS	Gestão de Sistemas em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NIR	Núcleo de Integração e Reabilitação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Intergerencial de Informações para a Saúde
SES	Secretária Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGA	Sistema Integrado Gestão de Atendimento
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, a informação teve papel essencial na vida homem. A comunicação oral, a princípio, e os registros escritos, num segundo momento, propiciaram a transmissão de informações que veiculam as aquisições tecnológicas, o modo de vida e a cultura da sociedade, bem como suas transformações (ANDRADE, 2008).

O período contemporâneo pode ser caracterizado como a era da informação, com recursos crescentes e condições inéditas para a produção e comunicação de conhecimento em todas as áreas. Esta realidade demanda das organizações uma gestão estratégica eficiente do conhecimento, uma utilização inteligente dos sistemas de informação. O setor saúde vem participando dessa expansão dos sistemas de informação, e se esforça para integrar os sistemas de informação em seus processos assistenciais e administrativos.

De acordo com Branco (2001), as informações em saúde procuram refletir o processo saúde/doença, as condições de vida da população e informações administrativas de interesse para os serviços de saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população. Em particular, as informações de saúde procuram reconhecer e quantificar a distribuição dos problemas de saúde que afetam os indivíduos e as coletividades, com vistas a propiciar melhores condições de vida para a população e modelos gerenciais eficientes para os serviços de saúde.

Segundo Rouquayrol (1993), os indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

Para a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008), indicadores de saúde são medidas sintéticas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Schuch (2001) sublinhou, na definição de indicadores de saúde, suas funções administrativas para o planejamento e controle dos serviços de saúde. As definições acima mencionadas não são divergentes; antes, são complementares.

No contexto complexo da atualidade, é necessário rapidez e precisão na tomada de decisões gerenciais em saúde. Para esse fim, a utilização dos indicadores de saúde pode orientar os gestores e permitir possíveis inferências quanto aos efeitos das decisões e de seus resultados. Uma antevisão eficiente dos resultados de processos gerenciais poderia evitar a eventual necessidade de corrigir rumos já adotados na gestão.

De acordo com Soárez, Padovan e Ciconelli (2005), os indicadores de saúde possibilitam avaliar a eficiência da gestão. Podem ser aplicados na avaliação da estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde. Eles constituem os sensores de como os serviços estão funcionando, e facilitam as intervenções sempre que necessário.

A gestão da saúde requer a tomada de decisões de elevada responsabilidade e relevância social. As informações fornecidas pelos indicadores de saúde fornecem o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, na medida em que propiciam o conhecimento sobre aspectos relevantes da população, reduzem o grau de incerteza sobre sua situação de saúde e apóiam a busca de possíveis soluções e providências (BRANCO, 2001).

No entanto, nem todas as informações geradas pelos serviços de saúde são utilizadas para a análise da situação de saúde, para a definição de prioridades ou para a reorientação de práticas. Silva e Formigli (1994) afirmaram que, caso fossem analisadas, essas informações poderiam se constituir em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços. Branco (1998) também identificou a dificuldade representada pela reduzida utilização das informações de saúde, e atribuiu o

problema ao fato de que, não obstante a produção considerável de dados e informações pelo setor saúde, os gestores ainda atribuem pouca relevância ao uso de informações como princípio básico de gerência.

A utilização do sistema de informações em saúde para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões no nível local foi reconhecida como sendo incipiente por outros autores (SILVA E LAPREGA, 2005; FREITAS E PINTO, 2005). Na interpretação desses autores, o sistema de informações em saúde não estaria atingindo sua finalidade de servir como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde. A literatura referencia a importância dos indicadores de saúde. No entanto, poucos estudos têm avaliado especificamente a utilização efetiva desses instrumentos na perspectiva de aprimoramento dos serviços de saúde.

O presente estudo teve como finalidade descrever a percepção que os gestores de serviços locais de saúde têm sobre os indicadores de saúde, e como esses indicadores poderiam subsidiar as ações de planejamento e controle das unidades de saúde em que atuam.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O reconhecimento da importância da informação para o planejamento, execução e avaliação no setor saúde tem se intensificado. O processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem evidenciado o tema, uma vez que seus princípios e a legislação atinente enfatizam a relevância das informações gerenciais e epidemiológicas para o cumprimento das atribuições de cada instância de governo (BRANCO, 2001).

Para Bittar (2001), é imprescindível avaliar de modo qualitativo e quantitativo os programas e serviços de saúde, para propiciar o planejamento, a organização, a coordenação/direção e a avaliação/controle das atividades desenvolvidas. O objeto desta avaliação seriam os resultados, os processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

A informação pode ser considerada como fonte fundamental para o desenvolvimento do planejamento das ações locais, servindo de base para estabelecer suas programações a partir das necessidades locorregional (BARBOSA e FORSTER, 2010).

A definição conceitual é importante, pois o que um observador interpreta como um dado pode ser reconhecido por outro observador como sendo uma informação. Para Ferreira (2001), é preciso relativizar a diferença entre os conceitos de dado e de informação, considerando que suas definições dependem de ‘onde’ ou ‘em que posição’ se situa aquele que está problematizando determinada situação.

Segundo Moraes (1994), dado representa uma “descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação”. Para Ferreira (2001), os dados são como uma matéria-prima,

sobre a qual trabalhamos, juntando-os, correlacionando-os e contrapondo-os, com a finalidade de produzir informações significantes para o conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação. De acordo com estas definições, o dado, por si só, não propicia a compreensão, mas seria a base para a obtenção da informação (BRANCO, 2001).

A informação, por sua vez, pode ser definida como o produto obtido a partir de determinada combinação e interpretação de dados e o significado que lhes é atribuído por determinado sujeito, por meio de convenções e representações. A informação é, portanto, a fonte da tomada de decisão que desencadeia as ações (CARVALHO, 1998). Para alcançar a informação é necessário primeiro processar os dados, relacionando os fatos por eles descritos para se interpretar o significado daquilo que foi observado (BRANCO, 2001).

Um indicador é uma representação numérica ou não que, a partir da "preferência" que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças) e considerando nossas referências e critérios, nos permite produzir informações com vistas a elaborar um conhecimento (quantitativo e/ ou qualitativo) sobre determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado (FERREIRA, 2001). O indicador pode ser expresso sob a forma de taxa ou coeficiente, proporções ou, até mesmo, números absolutos.

A informação é reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. Seu acesso é um dos alicerces das conquistas sociais e da construção da cidadania, sendo fundamental no processo de democratização da saúde e no aprimoramento da sua gestão (MORAES E SANTOS, 2001; FIGUEIREDO, 2009).

O conhecimento é obtido por informações que foram analisadas e avaliadas quanto a sua confiabilidade, relevância e importância. Nesse sentido, a obtenção do conhecimento demanda a interpretação e integração de vários dados e informações, os quais propiciam a construção de um quadro de situação. O processo de transformação é realizado por meio de

ações geradas por decisões tomadas por meio da avaliação de dados e informações. Os insumos provenientes das diversas fontes são analisados e combinados na síntese de um produto final, o conhecimento. É por meio do conhecimento que aqueles que assessoram as decisões buscam uma compreensão mais efetiva das situações. O conhecimento não é estático, pois se modifica mediante a interação com o ambiente num processo contínuo de aprendizado (MORESI, 2000).

A Organização Mundial da Saúde – OMS define "Sistema de Informação em Saúde" como sendo o "mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão das informações necessárias para se organizar e operar os serviços de saúde, visando o planejamento das ações para o controle das doenças" (OPAS, 1984).

Mota e Carvalho (2003) sublinharam que os sistemas de informação em saúde são parte integrante do sistema de saúde; isto é, têm suas estruturas organizacionais integradas aos serviços de saúde e contribuem para o cumprimento das finalidades institucionais e técnico-operacionais de todas as suas unidades, em cada nível de gestão.

Com base nessas definições, depreende-se que os sistemas de informação devem garantir a produção de indicadores que efetivamente reflitam um quadro real das condições de saúde da população. Para Branco (2001), os sistemas de informação são uma complexa articulação de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações, cuja ação é coletar, validar, transformar, armazenar, recuperar e apresentar dados, gerando informação para usos diversos.

Antes da municipalização dos serviços de saúde, os bancos de dados nacionais apresentavam uma racionalidade centralizadora e verticalizada, que propiciava um acúmulo de dados de abrangência nacional, os quais não permitiam efetuar recortes que propiciava um acúmulo de dados de abrangência nacional, os quais não permitiam efetuar recortes analíticos sobre a complexa situação de saúde nas diferentes regiões do país. Além disso, não havia retorno para os municípios quanto aos dados que cada um deles fornecia ao sistema de informações (MS, 1998). Na década de 1990,

com a implantação do SUS, a municipalização dos serviços de saúde modificou as diretrizes centralizadoras de gestão e promoveu a autonomia dos municípios para o controle dos serviços de saúde.

Este processo apoiou-se na convicção de que o município está mais próximo da realidade da população que as esferas estadual e federal, podendo reconhecer suas necessidades de modo mais efetivo (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004). Além disso, a promoção da saúde nas esferas locais poderia propiciar a participação comunitária e o exercício da cidadania (CASTRO, 2003).

Barbosa (2006) comenta que houve um importante avanço no que se refere ao acesso a informações locais de saúde e às possibilidades de análise dos principais indicadores de saúde disponíveis no Brasil. O processamento dessas informações foi sendo gradativamente transferido para Estados e/ou municípios, permitindo sua análise em menos tempo, com potencial impacto gerencial para o sistema local de saúde.

A descentralização dos sistemas de informação em saúde representa um novo paradigma, o qual se fez refletir no modelo de atenção à saúde que foi implantado no país na década de 1990. O Sistema Único de Saúde introduziu conceitos que de algum modo refletem esse novo paradigma, pois promove a descentralização dos processos decisórios, o que demanda informações sobre os contextos para os quais as ações em saúde serão realizadas.

Após mais de vinte anos de implementação do modelo técnico assistencial proposto pelo SUS, continua-se discutindo sobre como os gestores de saúde poderiam aperfeiçoar o processo de análise de situações locais, de definição de políticas e de estabelecimento de prioridades para a gestão. Patriota (2009) avalia que normas técnicas padronizadas não são suficientes para orientar a utilização dos sistemas de informação em saúde por parte dos gestores locais dos serviços e das unidades de saúde. Segundo o autor, ainda seria reduzida a utilização das informações disponíveis sobre as situações locais de saúde por parte dos profissionais responsáveis pelo planejamento e gestão das unidades de saúde.

2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Os sistemas de informação em saúde foram concebidos como instrumento para o processo de tomada de decisões técnicas e/ou políticas. Têm como propósito a seleção de dados pertinentes e sua transformação em informações para aqueles que planejam, financiam, proveem e avaliam os serviços de saúde. Devem, ainda, proporcionar informações compatíveis com as distintas necessidades dos diferentes níveis de gestão e gerência do sistema de saúde (FERREIRA, 2001).

Figueiredo (2009) relatou que os sistemas de informação em saúde foram implantados no Brasil a partir da década de 1970, por meio da coleta de dados sobre os eventos vitais. Com a consolidação do Sistema Único de Saúde, reconheceu-se a necessidade de reestruturar os sistemas de informações em saúde, visando abranger a ampliação e diversificação de suas atividades. Desse modo, os municípios passaram a ser também responsáveis pela produção, organização e coordenação das informações em saúde, em vez de meros coletores e repassadores de dados (SILVA E LAPREGA, 2005).

Com o objetivo de definir indicadores básicos de saúde para análise da situação do país, e identificar os principais problemas na produção e disseminação das informações em saúde, o Ministério da Saúde criou a Rede Integrada de Informações para Saúde – RIPSA, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. A partir de 1997, a RIPSA passou a editar anualmente um conjunto de Indicadores e Dados Básicos – IDB para a saúde, os quais foram construídos e são calculados utilizando as bases de dados e pesquisas de âmbito nacional (MS, 1997)

Em nível nacional, o sistema de informações de saúde é composto por diferentes subsistemas que produzem uma enorme quantidade de dados referentes às atividades setoriais em saúde, gerando grandes bancos de

dados nacionais, os quais são continuamente alimentados (ANDRADE et al. 2001).

O sistema nacional de informação em saúde é composto pelos seguintes subsistemas:

1. Sistema de Cadastro

a) CNS - Sistema do Cadastro dos Usuários de Saúde.

b) CNES - Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

2. Sistemas Ambulatoriais

a) SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

b) SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

c) SISPRENATAL - Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

d) HIPERDIA - Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes

e) SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer de Mama

g) SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

3. Sistemas Epidemiológicos

a) SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

b) SINASC - Sistema de Informação dos Nascidos Vivos

c) SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

d) SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória.

4. Sistemas Hospitalares

a) Sihd - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

b) CIH - Comunicação de Internação Hospitalar

c) SIH - Sistema de Informação Hospitalar

5. Sistemas de Gestão

a) Siops - Sistema de Informação dos Orçamentos Públicos de Saúde

b) Ouvidorsus - Sistema de Ouvidoria do SUS

c) Sisreg - Sistema Nacional de Regulação

d) Sargs - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

e) Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (TROCCOLI, 2011).

O estudo buscou descrever alguns dos principais SIS ligados ao Ministério da Saúde que são:

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). É também o caso do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de Informações Hospitalares (SIH) e de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Sistema Único de Saúde.

O SIM, SINASC e SINAN são parte da base de dados do Ministério da Saúde, os quais desde de 2003 tem como órgão gestor a SVS (Secretaria de Vigilância em Saúde). As informações desses sistemas são de base nacional, e devem ser continuamente coletadas pelos gestores municipais e estaduais, sendo posteriormente enviadas ao gestor nacional, que disponibiliza os dados para o público em geral, por meio da página eletrônica do DATASUS.

Em relação aos sistemas de informação (SIA, SIH e SIAB), as informações são geradas a partir de dados enviados pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Quando recebidos pelo DATASUS, esses dados são integrados, gerando bancos de dados de amplitude nacional. O gestor destes sistemas de informação é a Secretaria de Assistência à Saúde, um órgão da administração direta, vinculado ao Ministério da Saúde.

2.2.1 SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos)

O Ministério da Saúde implantou o SINASC em 1990 com o objetivo de reunir dados epidemiológicos referentes aos nascimentos informados no país. Por intermédio dos registros realizados nos municípios, é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança em todos os níveis de atenção no SUS. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção e para aprimoramento do sistema.[1]

O documento de entrada no sistema é a Declaração de Nascido Vivo -- DN, padronizada em todo o país. Este documento preenchido pelo profissional da saúde responsável pelo parto; seja em âmbito hospitalar ou domiciliar. Nos casos de partos domiciliares sem assistência médica, a DN é preenchida pelo cartório de registro civil. Depois de consolidados e analisados pelos departamentos responsáveis, os dados são disponibilizados pelo DATASUS (TROCCOLI, 2011).

Segue alguns exemplos de indicadores construídos a partir deste sistema:

- Proporção de nascidos vivos de baixo peso;
- Proporção de nascidos vivos pré-termo;
- Proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe

[1] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379 em outubro 2012
Acesso 21.11.2012.

2.2.2 SIM (Sistema de Informações Sobre Mortalidade)

O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, criado pelo Ministério da Saúde e implantado no Brasil em 1975 para a obtenção regular de dados sobre os óbitos em todo o país e assim propiciar a disposição de informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de levantamento e de entrada dos dados no sistema é a Declaração de Óbito (DO). A análise dessas informações permite a realização de estudos estatísticos, epidemiológicos e sócio-demográficos (MS, 2001a).

O preenchimento da DO é de responsabilidade médica, conforme pareceres dos Conselhos Federal e Regional de Medicina; e sua emissão é pré-requisito obrigatório para a realização dos sepultamentos. A elaboração deste documento é de competência do Ministério da Saúde (MS), que o distribui para as Secretarias Estaduais de Saúde e subsequente fornecimento às Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Estas repassam as DO aos estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios de registro civil, que são compreendidos como Unidades Notificadoras. Os dados coletados pelas Unidades Notificadoras são informados às instâncias municipais e estaduais de saúde, até serem consolidados na Base Nacional de Informações sobre Mortalidade (MS, 2001; TROCCOLI, 2011).

Segue alguns exemplos de indicadores do SIM:

- Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas determinadas;
- Mortalidade proporcional por faixa etária;
- Taxa ou coeficiente de mortalidade por causas específicas;
- Taxa de mortalidade infantil.

2.2.3 SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado entre 1990 e 1993 como base para o funcionamento da vigilância epidemiológica. Seu objetivo é registrar e processar os dados sobre a ocorrência de doenças de notificação compulsória no país, que constam na relação estipulada na Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Assim, o SINAN fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.

Sua utilização permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos na população; a identificação de riscos aos quais as pessoas podem estar sujeitas; o reconhecimento de fatores associados a essas doenças e agravos. Com isso, o SINAN contribui para traçar o quadro das condições epidemiológicas de diferentes áreas geográficas, e constitui-se em instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.[2]

Há dois documentos básicos, que complementam entre si as informações sobre cada caso notificado. O primeiro é a ficha individual de notificação (FIN), preenchida pelas unidades assistenciais a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum agravo de notificação compulsória ou outro agravo sob vigilância, e a ficha individual de investigação (FII), que é um roteiro de investigação, que possibilita identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença.

A Secretaria de Vigilância à Saúde processa e consolida os dados enviados pelas secretarias estaduais de saúde e disponibiliza na base do SINAN por meio do TABNET (TROCCOLI, 2011).

---

[2] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383 Acesso em 14.11.2012.

Os principais indicadores gerados pelo SINAN são:

- Taxa ou coeficiente de incidência;
- Taxa ou coeficiente de prevalência;
- Taxa ou coeficiente de letalidade.

2.2.4 SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade da Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS), em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF.

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária. É o principal instrumento para o monitoramento das ações da ESF. [3]

Os níveis de agregação do SIAB são: microárea de atuação do agente comunitário de saúde, um território onde residem cerca de 150 famílias; área de abrangência da equipe de saúde da família, correspondendo a um território onde residem aproximadamente 1.000 famílias; segmento; zona urbana e rural; município; estado; regiões; e país. O sistema permite a localização de problemas de saúde em micro-área, como, por exemplo, a identificação de áreas com baixas coberturas vacinais,

---

[3] Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01
Acesso em 21.11.2012

ou altas taxas de prevalência de doenças, como tuberculose e hipertensão, permitindo a espacialização das necessidades e respostas sociais, constituindo-se em importante ferramenta para o planejamento e avaliação de ações de vigilância da saúde (MS, 2009a).

Seus dados são gerados por profissionais de saúde ligados a ESF e envolvem a coleta em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela ESF. O SIAB permite o registro de informações sobre as condições sócio-sanitárias, sobre o perfil epidemiológico e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde (MS, 2001b).

Cabe à equipe da ESF a alimentação do software diariamente com os dados das famílias cadastradas e o preenchimento dos relatórios (MS, 2003). As informações do SIAB são disponibilizadas pelo DATASUS.

O acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes são feitos por intermédio da análise de uma série de indicadores e marcadores. Alguns desses indicadores e marcadores são descritos abaixo: (MS, 2009a).

1) Indicadores de cadastramento das Famílias.

• Características das pessoas;
• Características dos domicílios;
• Condições de saneamento;

2) Indicadores de Acompanhamento de Grupos de Risco

• Crianças menores de 02 anos;
• Gestantes;
• Hipertensos;
• Diabéticos;
• Pessoas com tuberculose;
• Pessoas com hanseníase.

3) Indicadores de registro de Atividades, Procedimentos e Notificações.

• Proporção de pessoas cadastradas por pessoas estimadas;

•Proporção de visitas domiciliares realizadas nas famílias cadastradas;

• Proporção de pessoas cadastradas que tem plano de saúde;

• Proporção de crianças de 0 a 11 meses com vacina em dia;

• Proporção de crianças menores de 02 anos que tiveram diarréia e usam terapia de reidratação oral;

• Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer;

• Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno

4) Marcadores de Atenção Básica

• Acidente vascular cerebral;

• Infarto agudo do miocárdio;

• Doença hipertensiva específica da gravidez (forma grave).

2.2.5 SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)

O SIA/SUS, gerido nacionalmente pela Secretaria de Assistência à Saúde, é o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 200 milhões de atendimentos mensais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. Seu processamento é descentralizado na esfera estadual ou municipal, conforme o nível de gestão, para envio ao DATASUS (RIPSA, 2008).

As informações geradas no SIA servem para subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, análise de custos, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Há, no entanto, limitações ao uso dos dados gerados pelo SIA para o delineamento de análises

epidemiológicas quanto à distribuição de doenças ou ao perfil de morbidade da população atendida, uma vez que suas informações referem-se apenas aos atendimentos ambulatoriais realizados na esfera do SUS (MS, 2009b).

Segue alguns exemplos indicadores do sistema SIA.

- Número de consultas médicas (ou de qualquer outro item de programação) por habitante;
- Número de exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas médicas.

2.2.6 SIH (Sistema de Informações Hospitalares do SUS)

O Sistema de Informações Hospitalares tem como finalidade básica processar informações para efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS. Esse sistema é gerido pelo Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sendo também processado pelo DATASUS.

O SIH reúne informações de cerca de 70% dos internamentos hospitalares realizados no país, tratando-se, portanto, de uma grande fonte de dados sobre os agravos à saúde que requerem internação, contribuindo expressivamente para o conhecimento da situação de saúde e a gestão de serviços.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) preenchem a AIH - Autorização de Internação Hospitalar. Este formulário contém os dados de atendimento, e informa o diagnóstico que motivou o internamento (segundo a Classificação Internacional de Doenças), as datas de hospitalização e alta hospitalar, informações relativas às características de pessoa (idade e sexo), tempo e lugar (procedência do paciente), procedimentos realizados, valores pagos e

dados cadastrais das unidades de saúde, entre outros. Estes dados propiciam descrições e análises de interesse epidemiológico (MS, 2009c), e são processados e disponibilizados no DATASUS.

O sistema propicia a construção de alguns indicadores de avaliação de desempenho de unidades como:

- Tempo médio de permanência geral ou por alguma causa específica;
- Proporção de internação por causa ou procedimento selecionado;
- Morbidade hospitalar geral ou por alguma causa ou procedimento específicos.

Segue uma breve descrição de outros sistemas de informação que são utilizados nos serviços de saúde.

2.2.7 HIPERDIA

O HIPERDIA é um sistema de cadastro e acompanhamento de pacientes com diabetes e hipertensão que são captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Suas informações são oferecidas para os gestores de saúde nas esferas local, municipal, estadual e federal da administração pública. O HIPERDIA tem como objetivo produzir informações para a identificação precoce e controle desses agravos, contribuindo para o acompanhamento de pacientes, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, a melhoria da qualidade de vida desses pacientes e a redução do custo social associado a essas doenças.[4]

---

[4] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807 Acesso em 14.02.2013.

2.2.8 SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) e SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer De Mama)

O SISCOLO e o (SISMAMA) são geridos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o intuito de acompanhar as ações de prevenção do câncer do colo uterino e mama. Os índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil são elevados e justificam a implementação de ações nacionais voltadas para prevenção e controle do câncer, incluindo ações de promoção de saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tendo como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria Ministério da Saúde N. 2.439/05)[5].

A atualização constante de ambos os sistemas com informações oriundas das unidades de saúde é um dos principais instrumentos de apoio para consolidar as ações do programa nacional de controle do câncer. [6]

2.2.9 SIS-PRENATAL

O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS-PRENATAL) agrega informações sobre a gestante durante o período de gravidez, parto e puerpério, com o objetivo de propiciar ações de promoção da saúde, prevenção de danos e assistência a gestantes e recém-nascidos. Sua implementação no Ministério da Saúde teve como objetivo ampliar os esforços para reduzir a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, e aprimorar o acesso, cobertura e qualidade da assistência à gravidez, parto e puerpério. O SIS-PRENATAL procura

---

[5] Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html
Acesso em 14.02.2013.

[6] Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=01
Acesso em 14.02.2013.

subsidiar os municípios, estados e o Ministério da Saúde com informações para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações que são desenvolvidas.[7]

2.2.10 CNS (Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde)

O cadastramento consiste em identificar os usuários de Saúde e seus domicílios de residência. Através deste cadastro é possível a emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS), que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao nome do usuário, do profissional de saúde responsável e da unidade de saúde onde os procedimentos foram realizados.[8]

O número do CNS possibilitará o registro do usuário em prontuários eletrônicos únicos a serem utilizados em serviços públicos e privados de saúde. Ou seja, os dados de saúde poderão ser consultados por profissionais autorizados, sem que se percam informações importantes para o tratamento da pessoa. Cada cidadão poderá ter acesso ao seu histórico de saúde, independente de utilizar o serviço público ou planos privados de saúde.[9] Além disso, o cadastramento permite a construção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações em saúde (TROCCOLI, 2011).

---

[7] Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01
Acesso 10.11.2012.
[8] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=944
Acesso em 10.02.2013
[9] Disponível em: http:// ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1819-cartao-nacional-de-saude-uma-realidade-para-todos-os-brasileiros
Acesso em 10.02.2013.

2.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

Para que ações de melhoria sejam executadas na área da saúde é fundamental o conhecimento da real situação das condições de saúde da população em geral e local.

Buscando atender as necessidades dos serviços de saúde do município de São Paulo em relação à gestão da informação, foram criados dois sistemas de informação em saúde: o SIGA (Sistema Integrado de Gestão do Atendimento) e o GSS (Gestão de Sistemas de Saúde). Além da criação desses dois sistemas, no município de São Paulo, foi criado o CEInfo (Coordenação de Epidemiologia e Informação), com o objetivo de fomentar a produção e o uso da informação em saúde.

2.3.1 CEInfo (Coordenação de Epidemiologia e Informação)

O diagnóstico de saúde no município de São Paulo vem sendo elaborado pela CEInfo, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) cuja a missão é "promover a produção e o uso da informação voltada para a gestão de políticas públicas de saúde e melhoria das condições de saúde para a população da cidade de São Paulo". As informações são originadas em fontes diversas e refere-se a dados populacionais, socioeconômicos, de mortalidade, de nascidos vivos, de doenças de notificação compulsória, da estrutura e produção dos serviços de saúde, regulação e controle social.[10]

A CEinfo não se limita a apenas disponibilizar os dados. Sua atribuição se estende ao fornecimento de ferramentas de tabulação e análise para a produção de informações. Com isso, a CEinfo tem desenvolvido projetos como o PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de

[10] Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo
Acesso 14.02.2013.

Mortalidade), a gestão do SINASC em âmbito municipal, a contração do Inquérito de Saúde (ISA- Capital) e o Painel de Monitoramento.

2.3.1 SIGA (Sistema Integrado de Gestão do Atendimento)

O SIGA está implantado em toda a rede assistencial do município de São Paulo, desde 2005, dispõe de módulos para organizar as informações relativas à agenda das unidades de saúde, filas de espera e registros de atendimento; propiciando informações que podem ser consultadas por profissionais técnicos e pelos gerentes das unidades de saúde. O SIGA atende também a programas específicos como o programa "Mãe Paulistana", para o acompanhamento das gestantes, integrado ao sistema SIS-PRENATAL do Ministério da Saúde; o "Automonitoramento Glicêmico" – AMG, que controla os insumos estratégicos usados por diabéticos; o programa "Bolsa Família", viabilizando o acompanhamento das famílias cadastradas no que se refere a aspectos de interesse à saúde, como a cobertura vacinal de crianças até sete anos de idade e pré-natal de mulheres de 14 a 44 anos; e o programa "Proibido Feridas" - Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas Crônicas, viabilizando o controle da quantidade de pacientes incluídos e o consumo de materiais utilizados nos procedimentos.

Recentemente, a prefeitura de São Paulo cedeu a base do programa do SIGA ao Ministério da Saúde. Como esse sistema de gestão da saúde pública é considerado um dos mais avançados, em termos tecnológicos, espera-se que sua transposição para todo o território nacional venha favorecer a implantação de novos recursos de gerenciamento dos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde. [11]

---

[11] Disponível em: http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/atti/noticias/paginas/os-programas-que-o-siga-atende
Acesso em 10.10.2012.

2.3.2 GSS (Gestão de Sistemas em Saúde)

O GSS (Gestão de Sistemas em Saúde) é um sistema usado nas unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. Foi implantado em 2005 pela Secretaria Municipal da Saúde com o objetivo de favorecer o controle de estoques de medicamentos, material médico-hospitalar e odontológico, e a geração de requisições automáticas das unidades para o Almoxarifado Central. O GSS tem como subaplicativos recursos para o monitoramento de pacientes, para a distribuição de medicamentos pelo Programa Remédio em Casa e para o controle dos medicamentos de média complexidade.[12]

2.4 UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO EM SAÚDE

Pinto (1999) descreveu a constituição e organização de quatro sistemas públicos de informação em saúde em Ribeirão Preto, São Paulo: o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – SIVE; o Sistema de Informação Ambulatorial Informatizado – HYGIA; o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. Em especial, o autor procurou analisar a contribuição desses sistemas para a tomada de decisão na rede básica de saúde do município, no que diz respeito à definição de prioridades, avaliação de acesso e utilização, fluxo dos atendimentos e outros aspectos. Para esse fim, o autor efetuou análise documental, observação participante e entrevistas com os gestores de saúde.

---

[12] Disponível em: http://tutorial.saude.prefeitura.sp.gov.br/gss.php?b=block_gss_oque Acesso em 14.02.2013.

O autor constatou que um elevado número de informações acaba sendo gerado de modo desvinculado do cotidiano dos serviços de saúde. Os sistemas de informação estudados não haviam sido utilizados para a tomada de decisão na rede básica, e o serviço de saúde teve sua produção centrada na assistência individual, tipo pronto-atendimento, seguindo um modelo de atenção que apenas registrava dados sobre os procedimentos realizados. O autor também identificou a ausência de normas para a padronização, compatibilização e divulgação dos sistemas de informação em saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) como um fator que teria contribuído para sua não utilização na tomada de decisão por parte dos gestores locais de saúde.

Em estudo com abordagem qualitativa, Barbosa (2006) entrevistou médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários que atuavam em cinco equipes de Saúde da Família de Ribeirão Preto. Seu objetivo era estudar a percepção de diferentes profissionais envolvidos na atenção primária quanto aos sistemas de informação em saúde. Com a realização de seu estudo, o autor concluiu que o sistema de informações de saúde era subutilizado, devido a limitações e falhas, como o fato de ser puramente quantitativo, a equipe ter conhecimento insuficiente e estar despreparada para extrair todo o potencial dessas informações. Além disso, foi identificada a inexistência de treinamentos e falta de incentivos para que os profissionais analisem as informações de saúde em nível local.

Barbosa (2006) sublinhou a importância da análise das informações de saúde, principalmente dos indicadores locais, para que os serviços de saúde tenham conhecimento atualizado e estruturado sobre as condições de saúde da população, e possam planejar de modo adequado suas ações. Segundo esse autor, a finalidade precípua dos sistemas de informações em saúde é facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões e contribuindo para melhorar a situação de saúde individual e coletiva.

Figueiredo (2009) avaliou a utilização do SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto, SP, para a

tomada de decisão. A partir da análise e discussão dos dados, o autor identificou que os coordenadores possuíam distintas percepções sobre o SIAB e sua potencial utilização como ferramenta de gestão, no entanto, sua utilização parece limitada ao registro, considerando o SIAB como uma ferramenta técnico-burocrática, reforçando o seu trabalho de coordenador com enfoque na produtividade, não sendo utilizado como instrumento gerencial para planejamento e avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde nas equipes estudadas.

Para os coordenadores, este sistema de informação tem dificuldades de comunicação e integração com outros sistemas, pois a ausência de interface entre os sistemas obriga que os dados relativos a casos de interesse comum para dois ou mais sistemas sejam alimentados de forma duplicada.

Não há treinamento e atualização da equipe no sentido de qualificar a coleta de dados, o registro, e finalidades do SIAB. Foram apresentadas sugestões para a integração do SIAB com os outros sistemas de informação em saúde; uniformização de procedimentos; reavaliação e modernização do software; possibilidade de atualização do cadastro das famílias; flexibilidade em receber informações sobre outras doenças e informações sobre as famílias e disponibilidade de funcionários para auxiliar as equipes no registro e coleta dos dados, e na elaboração dos relatórios.

Freitas e Pinto (2005) também analisaram a utilização do SIAB como instrumento de trabalho das Equipes de Saúde da Família em Franca, SP, identificando possíveis dificuldades e facilidades na utilização das fichas deste sistema de informações. Sua análise foi estruturada em quatro itens: como o SIAB instrumentaliza o trabalho da Equipes de Saúde da Família; contradições na utilização do SIAB; limitações quanto à alimentação dos dados e sugestões para soluções dos problemas. Avaliou-se como sendo esporádica a utilização e o envolvimento das Equipes de Saúda da Família com o SIAB, pelas dificuldades de seus profissionais em trabalhar com a análise, monitoramento e avaliação de dados para a realização da programação local. A alta rotatividade dos agentes comunitários de saúde

também foi reconhecida como fator de restrição para uma efetiva utilização do SIAB, pois esses profissionais demonstraram pouca compreensão da finalidade das fichas e dificuldade para seu adequado preenchimento.

Em estudo descritivo, Guimarães (2004) entrevistou gerentes e coordenadores de unidades funcionais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Seu objetivo era analisar a utilização dos sistemas de informação como instrumentos para a tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais. Como resultado, alguns gestores mostraram reconhecer o sistema como um instrumento de apoio à tomada de decisão, desde que se garanta o acesso às informações de forma segura e confiável. Outros gestores, contudo, demonstraram dificuldade em identificar os usuários dos serviços que dirigiam e as necessidades da população adstrita; indicando o pouco conhecimento acerca das possibilidades de sistematização das informações para uso no processo de trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a percepção dos gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em suas ações de planejamento e controle dos serviços públicos de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 - Identificar quais indicadores de saúde são reconhecidos e/ou utilizados pelos gestores de serviços de saúde.

2 - Descrever como os gestores de serviços de saúde avaliam a importância dos indicadores de saúde para o planejamento e controle de suas unidades.

3 - Reconhecer os principais entraves para a utilização dos indicadores de saúde como instrumento para a tomada de decisões em saúde pública.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo tem caráter descritivo, seu propósito é observar, descrever e explorar analiticamente o tema proposto, empregando metodologia qualitativa. Utilizou-se de entrevista semiestruturada para descrever a percepção dos gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em suas ações de planejamento e controle dos serviços de saúde.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em 11 unidades municipais de saúde, pertencentes à Subprefeitura do Aricanduva, situada na região sudeste da cidade de São Paulo. A escolha desta região para o presente estudo se deve à importância da região da Subprefeitura de Aricanduva no Município de São Paulo, sua extensa população e sua complexidade demográfica, socioeconômica e cultural. Esta escolha também atentou para facilidades operacionais da pesquisa sobre os serviços de saúde, como a facilidade de acesso e a dimensão da rede de saúde, isto é, seu número de unidades.

Os serviços públicos de saúde do município de São Paulo estão organizados em cinco coordenadorias de saúde; a subprefeitura de Aricanduva pertence à coordenadoria de saúde da Região Sudeste e está interligada à supervisão técnica de saúde Aricanduva/Moóca.

A subprefeitura de Aricanduva corresponde a uma das 31 divisões administrativas (Subprefeituras) da cidade de São Paulo, e é composta por três distritos: Aricanduva, Carrão e Vila Formosa, que somados compreendem uma área de 21,5 km^2. Sua população foi recenseada em 266.838 habitantes em 2000 e em 267.702 em 2010.

As principais causas de morte na região estudada são as seguintes: doenças esquêmicas do coração, doenças celebrovasculares, doenças respiratórias e diabetes mellitos (CEinfo, 2004).[13]

Esta região conta com quinze unidades públicas: oito UBS (Unidades Básica de Saúde), três AMAs (Assistência Médica Ambulatorial), um CAPS II Adulto (Centro de Atenção Psicossocial), um NIR (Núcleo Integrado de Reabilitação), um COE (Centro Odontológico Especializado) e uma unidade exclusiva da Estratégia Saúde da Família (ESF). Não há hospitais públicos ou privados instalados na região.

A região possui aproximadamente 11.382 famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF)[14].

4.3 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS

O Estudo foi desenvolvido em seis UBSs, sendo que três dessas unidades apresentam particularidades: duas unidades são mistas (UBS + ESF) e a terceira unidade possui integrado ao seu serviço um NIR (Núcleo de Integração e Reabilitação) e um COE (Centro Odontológico Especializado). No caso desta unidade, o mesmo gestor administra a UBS, o

---

[13] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos /publicacoes/BoletimCEInfo06-05.pdf.
Acesso em: 10.02.2013.

[14] Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/ SIAB/siab.def
Acesso em: 10.02.2013.

NIR e o COE. O estudo também contemplou três AMAs, um CAPS II - Adulto e uma unidade exclusiva da ESF.

Em relação ao modelo de gestão das unidades estudadas, quatro UBSs são da administração direta, enquanto as outras sete unidades (três AMAs, um CAPS, um ESF e duas UBSs) são administradas por duas Organizações Sociais de Saúde – OSS, que são a SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) e a ASF (Associação Saúde da Família).

As Organizações Sociais de Saúde são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do SUS.

O tipo de ajuste jurídico que estabelece a relação entre Estado e as Organizações Sociais são os contratos de gestão no qual são estabelecidas as metas de serviços ou atividades que devem ser cumpridas pelas entidades com os recursos públicos que lhe são repassados.[15]

A rede do serviço público de saúde da região presta atendimento através dos seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde – UBS que realizam atendimento médico (clínica médica, pediatria e ginecologia), atendimento de enfermagem, atendimento de serviço social, consultas e procedimentos odontológicos, procedimentos médicos e de enfermagem (imunizações, inalações, curativos, suturas, administração de medicamentos orais e injetáveis, exames ambulatoriais – raios-X, eletrocardiografia, ultrassom e anatomia patológica.[16]

Assistência Médica Ambulatorial – AMA que têm como função o atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ginecologia. O objetivo das AMAs segundo a secretaria municipal de saúde é ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato,

---

[15] Disponível em: http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html
Acesso em 20.03.2013.

[16] Disponível em:
http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=3
Acesso em 14.02.2013.

racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as UBS, Ambulatórios de Especialidades e Hospitais.[17]

O gerenciamento das AMAs está sendo compartilhado entre Secretaria Municipal da Saúde e parceiros públicos ou privados. Por meio de assinatura de convênio, com metas pré-estabelecidas, os parceiros têm como atribuição a disposição de recursos humanos, a adequação física dos ambientes de trabalho, a aquisição de equipamentos e mobiliários. Já a Secretaria Municipal da Saúde tem como responsabilidade a provisão dos insumos necessários para o funcionamento das unidades.

Núcleo Integrado de Reabilitação – NIR cujo função é prestar atendimento de reabilitação nos diversos níveis de complexidade, atuar na prevenção de deficiências secundárias, orientação familiar, prescrição, acompanhamento e agendamento/fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.[18]

O Núcleo Integrado de Reabilitação funciona de modo integrado às Unidades Básicas de Saúde – UBS ou Ambulatórios de Especialidades – AE. Os usuários são encaminhados por essas unidades para receber atendimento de fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. O atendimento prestado contempla ações de reabilitação em geral, com especial atenção para idosos, mobilidade e inclusão na comunidade.

Centro Odontológico Especializado – COE oferece à população atendimento odontológico, com ênfase em oito diferentes especialidades.

Centro de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS Adulto II, que presta atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, busca promover a integralidade no tratamento de pessoas com transtornos mentais e se constituir em alternativa ao modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, para que seus pacientes possam permanecer junto a suas famílias e comunidades.

---

[17] Disponível em: http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/organizacao/assistencia-medico-ambulatorial
Acesso em 14.02.2013.
[18] Disponível em:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ouvidoria/index.php?p=2028
Acesso em 14.02.2013.

A Estratégia Saúde da Família - ESF é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais e desenvolve ações de saúde num território definido, com foco na família, considerando o indivíduo no seu contexto social, econômico e ambiental. Estas equipes procuram estabelecer vínculos e relações de co-responsabilidade com a população assistida, como estratégia para uma atenção efetiva e de alta qualidade.[19]

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foram entrevistados gestores de unidades de saúde pertencentes à subprefeitura do Aricanduva do município de São Paulo.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Não foram entrevistados funcionários sem responsabilidades de gestão das unidades de saúde descritas.

4.5 TÉCNICA DE PESQUISA

Para o levantamento das informações utilizou-se a entrevista semiestruturada com gestores responsáveis pelos serviços. Para Minayo (1998), a entrevista é uma estratégia para a coleta de dados, na qual o

[19] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783 Acesso em 20.10.2012.

pesquisador busca, nas falas dos atores sociais, informações relativas a suas idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento, intenções, motivações conscientes ou inconscientes, sentimentos. É uma das técnicas mais usadas no trabalho de campo, a qual consiste em um processo de interação social entre sujeitos, aquele que atua no processo e aquele que estuda o processo.

A entrevista semiestruturada foi baseada em questões relativas ao tema do estudo, seguindo roteiro previamente elaborado (Apêndice 1). Essa técnica de pesquisa propicia maior liberdade nas respostas do entrevistado, sem perder o foco temático do estudo. Além disso, dá maior flexibilidade ao entrevistador, permitindo-lhe, de acordo com a necessidade, alterar a ordem das perguntas e realizar intervenções durante a entrevista (MISHIMA, 2003).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta das informações foi realizada por meio de entrevista com os gestores. Foi aplicado questionário com perguntas dirigidas e perguntas abertas, para o registro sintético e objetivo das respostas. O nível de risco à saúde associado à participação nesta pesquisa foi classificado como sendo mínimo. O levantamento de dados não implica danos de qualquer natureza ou desconforto para os respondentes. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde em que os respondentes atuam.

Os sujeitos da pesquisa foram informados quanto aos objetivos do estudo e a importância do conhecimento pretendido. Foram também informados que não iriam auferir benefícios individuais para participar do estudo, e que tinham total liberdade de opção em participar ou não, interromper a participação em qualquer momento, ou mesmo retirar posteriormente o consentimento já assinado, se assim desejassem, sem nenhuma consequência.

Foi solicitado a todos os entrevistados a leitura e assinatura do "Termo de consentimento livre e esclarecido" (Apêndice 2), em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Resolução N. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em hipótese alguma as informações coletadas durante a pesquisa foram ou serão divulgadas com discriminação individual.

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação e análise dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, sendo aprovados em ambos os comitês, conforme indicado nos Anexos 1 e 2.

4.7 APROXIMAÇÃO COM CAMPO DE ESTUDO

Antes de iniciar a pesquisa, a pesquisadora fez uma apresentação do projeto na reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da Coordenação de Saúde da Região Sudeste. Nesta apresentação, a pesquisadora informou sobre o estudo que seria realizado, seu objetivo, justificativas e metodologia. Foi realizada também uma reunião entre a pesquisadora e a Supervisão Técnica de Saúde da região Arincaduva/Moóca, para esclarecimento do projeto. Nessa reunião, foi fornecido para a pesquisadora a relação de nomes e contatos dos gestores das unidades estudadas.Todos os gestores foram informados pelo supervisor técnico de saúde da região Arincaduva/Moóca sobre a realização do estudo. A pesquisadora obteve autorização para entrada em todas as unidades de saúde da região.

4.8 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. Em função de outros compromissos posteriormente assumidos por alguns gestores, algumas entrevistas foram remarcadas. As entrevistadas foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2012, todas durante o horário de trabalho dos gestores, e ocorreram em seus respectivos locais de trabalho. O tempo de duração de cada entrevista foi em média 40 minutos.

Apenas três entrevistas foram gravadas. Um dos gestores não aceitou que a gravação fosse gravada, alegando não se sentir à vontade. As demais entrevistas não tiveram sua gravação autorizada pela supervisão técnica de saúde, alegando ser ano eleitoral. As entrevistas gravadas foram registradas em arquivos MP3 e transcritas pela pesquisadora. As demais entrevistas tiveram suas respostas registradas por escrito, de modo sintético e resumido, durante a entrevista.

Dos treze gestores responsáveis pelas unidades pertencentes à subprefeitura de Arincaduva, apenas dois gestores não participaram do estudo, em função de não terem atendido aos seguidos agendamentos para entrevista. Um dos gestores justificou a ausência repetida por motivo de saúde na família.

Para fins de apresentação dos resultados sem identificação individual dos respondentes, os gestores foram identificados por números que vão de um a onze.

O roteiro da entrevista semiestruturada aplicado não deveria cercear a fala dos informantes, mas sim nortear o pesquisador para a obtenção das informações pretendidas. O roteiro visou a abranger os seguintes tópicos:

- identificação do gestor e características gerais da unidade de saúde;
- recursos para o reconhecimento das necessidades da população;
- sistemas de informação disponíveis;

- percepção quanto à utilização dos sistemas de informação;
- disseminação e discussão das informações em saúde;
- opinião quanto à qualidade e confiabilidade das informações;
- comparação dos indicadores de saúde;
- percepção de falhas, limitações e sugestões para melhoria do sistema.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas por meio das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens registradas, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN,1979).

Para a análise de conteúdo, foi adotada a técnica de análise temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja manifestação ou repetição tenha significado para o objetivo analítico visado. A análise temática presta-se ao estudo de motivações, atitudes, valores, crenças e inclinações dos entrevistados (BARDIN, 1979).

A análise dos dados levou em consideração os seguintes temas recorrentes nas entrevistas:

Tema 1: Perfil dos gestores das unidades de saúde;

Tema 2: Percepção quanto ao uso dos sistemas de informação em saúde para o planejamento e controle dos serviços de saúde;

Tema 3: Acesso e discussão das informações em saúde

Tema 4: Percepção sobre a confiabilidade e qualidade dos indicadores;

Tema 5: Comparação com outras unidades de saúde (Benchmarking);

Tema 6: Entraves na utilização dos sistemas de informação em saúde;

Tema 7: Oportunidades de melhoria dos sistemas de informação em saúde.

5. RESULTADOS

Os principais resultados obtidos na pesquisa foram organizados a partir dos temas indicados na metodologia, os quais foram descritos e analisados a partir do conjunto de respostas.

5.1 - TEMA 1: PERFIL DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

Foram entrevistados 11 gestores de unidades de saúde pertencentes à subprefeitura de Aricanduva. Seus perfis foram traçados segundo sexo, faixa etária, formação acadêmica, especialização profissional e tempo de ocupação do cargo atual.

Dos gestores entrevistados, nove eram do sexo feminino, dois do sexo masculino. Sete deles declaram possuir idade entre 30 e 49 anos, e quatro tinham mais de 50 anos.Todos declararam ter formação acadêmica de nível superior. Sete eram enfermeiros, um médico, um dentista, um psicólogo e um era formado em propaganda e marketing. Nove deles afirmaram ter realizado curso especialização (pós-graduação *lato sensu),* demonstrando estarem em busca de qualificação profissional, tão importante na gestão dos serviços de saúde. Em contrapartida 2 gestores realizam suas últimas especializações a mais de 15 anos.

Em relação às áreas de especialização desses profissionais, seis eram voltadas para gestão.

Em relação ao tempo de ocupação no cargo, quatro gestores tinham mais de quatro anos, e sete tinham menos de quatro anos, sendo que dois desses gestores possuíam menos de um ano no cargo.

5.2 - TEMA 2: PERCEPÇÃO QUANTO AO USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O PLANEJAMENTO E CONTROLE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Na busca de conhecer como ocorre o planejamento de ações locais e delinear parâmetros utilizados pelos gestores na identificação das necessidades em saúde, foi observado que aproximadamente metade dos gestores declarou traçar o planejamento das unidades exclusivamente por meio da averiguação da demanda por consultas.

> "*A região tem prevalência de idosos, então os programas são voltados para este público, todos estes programas vêm da demanda pelas consultas." (Gestor US1)*

> *"Visualizamos as necessidades em saúde através da procura pelas consultas. O bairro tem bastante idosos, e com isso as doenças relacionadas com esta faixa etária, como diabetes, hipertensão, doenças provocadas pela dislipidemia." (Gestor US2)*

Um número pequeno de profissionais, aproximadamente um quarto, declarou levar em consideração os sistemas de informação em saúde como uma das fontes para o reconhecimento das necessidades da população.

> "*Uso os indicadores do SIAB para planejar, e também através da demanda espontânea pelas consultas. O SIGA uso mais como agenda e para fazer algum levantamento." (Gestor US4*)

O perfil epidemiológico da região também foi lembrado, como sendo uma fonte de informação relevante para a identificação das necessidades em saúde, porém de modo pouco significativo.

> *"Através do perfil epidemiológico da região que é observado através do SIAB." (Gestor US8)*

> *"Existem alguns marcadores que mostram a necessidades da população, como o perfil epidemiológico da população, através da vigilância sanitária, que me informa, por exemplo, casos positivos de hepatite, tuberculose e outras doenças. Nestes casos, temos que procurar o paciente para fazer o acompanhamento." (Gestor US11)*

Segundo os gestores, os principais sistemas de informação disponíveis nas unidades são o SIGA, o SIAB, GSS.

Cerca de aproximadamente um terço dos gestores citaram como sendo exemplos de sistema de informação o Diário Oficial, folders, fax, quadro de aviso, e-mails, BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), CROSS a ficha digital, quando na verdade são fontes de informação.

Para esclarecimento, CROSS é o acrônimo da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde como ferramenta de gestão do sistema de saúde pública, visando propiciar o ajuste interunidades de vagas para atendimento hospitalar e ambulatorial.[20] Já a ficha digital é um software adquirido por uma das OSS, e que é empregado nas AMAs para coletar, armazenar e certificar eletronicamente as informações clínicas pertinentes aos atendimentos realizados nas unidades de saúde. [21] Tanto a CROSS como ficha digital são considerados instrumentos facilitadores nos processos administrativos e não são, propriamente, sistemas de informação em saúde.

Quando indagados sobre em que situações as informações desses sistemas são utilizadas, a maioria dos gestores explicou de forma operacional a utilização dos sistemas, seguindo protocolos formais que

---

[20] Disponível em: http://www.cross.saude.sp.gov.br/
Acesso em 14.02.2013
[21] 2013Disponível em: http://amafichadigitalpaciente.com.br/web/spdm
Acesso 14.02.2013

indicam uma visão técnica e burocrática dos sistemas de informação em saúde.

> *"Usamos o GSS para dar entrada e dispensar material e medicamento. Já o SIGA é usado no agendamento de consultas. O SINAN, nós usamos para notificar os casos positivos de dengue, a partir daí ocorre à visita dos agentes à casa do paciente infectado, para estabelecer medidas de controle do mosquito." (Gestor US1)*

> *"Uso o dia todo o SIGA para agendar consultas, abrir cartão SUS, marcar reserva técnica." (Gestor US3)*

Em relação à indagação acima um terço dos gestores responderam que usam os sistemas de informação para auxiliar o planejamento de ações.

> *"As informações obtidas nos sistemas de informações são usadas para gerenciar a unidade, realizar o planejamento estratégico regional, e a nível superior para estabelecer políticas de saúde" (Gestor US10)*

Apenas um gestor mencionou utilizar as informações dos sistemas de saúde para avaliar os serviços prestados por sua própria unidade.

> *"Usamos as informações no planejamento de ações e nas avaliações do trabalho." (Gestor US4)*

Ainda que não tenha esclarecido suficientemente, um dos gestores exemplificou uma situação na qual foi usado um indicador do SIGA para a tomada de decisão.

> *"Nós tínhamos uma fila de espera de 600 pacientes (dados coletados do SIGA) para realizar o exame de densitometria óssea. Foi estabelecido um protocolo junto à supervisão de saúde, a fim de estabelecer prioridades junto aos pacientes. Através desta ação, foi possível eliminar a fila, hoje não tem*

mais a fila, decisão foi tomada a partir indicador de saúde elevado (Gestor US5).

5.3 - TEMA 3: ACESSO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Os sistemas de informação em saúde foram mencionados por cerca de metade dos gestores como sendo importantes fontes de dados para suas unidades.

> *"As informações são obtidas através de relatórios extraídos dos sistemas de informação SIGA e SIAB." (Gestor US4)*

> *"Eu pesquiso de forma proativa através dos sistemas de informações como o SIGA, BPA (Boletim de Produtividade Ambulatorial) dos informes transmitidos pela SPDM, Secretaria Municipal de Saúde e pela supervisão. Eu também pesquiso no site do Ministério da Saúde e assino um clipping de onde recebo atualizações sobre legislação municipal, estadual e federal." (Gestor US10)*

> *"Obtemos informações do SIAB, CROSS, SIGA e também através das visitas da ESF nas casas, pela demanda espontânea, reunião com o conselho gestor e reclamações dos usuários." (Gestor US6)*

A presença da supervisão e da coordenadoria de saúde como fonte disseminadora de informação é bastante evidente nas falas dos gestores.

> *"As informações são divulgadas através de reuniões com a supervisão, e também em reuniões com a coordenação da região sudeste. É através destas reuniões que são divulgadas as metas, em cima delas discute-se o que precisa melhorar, usamos também o SIGA e o CROSS." (Gestor US2)*

> *"As informações vêm da própria prefeitura e da SPDM daí então são repassadas aos funcionários. As informações*

> *nunca vêm de dentro da unidade, sempre vêm de fora." (Gestor US3)*

As reuniões com o conselho gestor e a caixa de sugestão dos usuários foram citadas como sendo, também, fontes de informação relevantes para a gestão.

> *"Obtemos as informações de interesse através da caixa de sugestão, reunião com o conselho gestor e da vigilância sanitária." (Gestor US1)*

As reuniões locais e com a supervisão são usadas como veículo para discussões das informações em saúde. Essa afirmativa pode ser constatada nos depoimentos dos gerentes das unidades desse estudo.

> *"As informações são discutidas via reuniões com a supervisão e repassados internamente aos colaboradores das unidades, através de cartazes e livro de ponto, além das reuniões internas com as categorias profissionais*." (*Gestor US2)*

> *"Através de reuniões com a supervisão e com as equipes da unidade, além das reuniões individuais. Sempre que é apontado algum indicador com um valor abaixo do preconizado pela supervisão, é feito um projeto para melhorar, em alguns casos, um indicador ruim, não depende só da unidade*, um exemplo foi quando abaixou o número de exame de papanicolaou, o motivo foi à saída de um médico da unidade*." (Gestor US5)*

> *"Nas oficinas da SPDM, um exemplo é quando vai ser implantado algo novo nos serviços (exemplo pesquisa de satisfação) há um treinamento, outro exemplo é quando está ocorrendo algum problema em comum nas unidades é nestas oficinas que são estabelecidos planos de melhorias." (Gestor US8)*

5.4 - TEMA 4: PERCEPÇÃO SOBRE A CONFIABILIDADE E QUALIDADE DOS INDICADORES

Na opinião dos gestores, os indicadores mais importantes para o planejamento da unidade são o número de pessoas com hipertensão, com diabetes, tuberculose, hanseníase o número de pessoas com vacinação em dia, o número de exames de Papanicolaou, e o número de gestantes que foram acompanhadas pelo programa "Mãe Paulistana".

> *"Verificamos os números hipertensos, diabéticos, hanseníase, tuberculose, crianças menores de 1 ano e números de gestantes. Cada unidade tem uma certa porcentagem de exames/consultas para cumprir e em cima dessa meta a unidade vê seu desempenho, nos itens que os indicadores estão abaixo a unidade tem que intensificar sua atuação através de campanhas e orientação nas visitas sobre a importância de tal procedimento, um exemplo que pode ser citado é o exame de Papanicolaou." (Gestor US8)*

Os gestores foram questionados sobre a facilidade de interpretação dos indicadores de saúde de suas unidades. A pergunta foi reforçada, interrogando-se os gestores se eles julgavam que os indicadores conseguiam informar aquilo a que se propunham. A maioria dos gestores afirmou que os indicadores são de fácil interpretação.

> *"Sim, os indicadores são bem claros." (Gestor US2)*

Mas quando perguntados se já tinham deixado de tomar alguma decisão por não se sentirem seguros quanto à qualidade das informações, oito deles responderam que não, mas três afirmaram já ter deixado de tomar alguma decisão por falta de confiança na informação disponível para embasar a decisão.

> *"Já deixei de tomar decisões, pois o SIAB é complexo depende muita da prática do digitador." (Gestor US6)*

> *"Sim, porque quanto assumi o cargo a outra gestora tinha saído de férias um mês atrás, e eu não me senti à vontade para usar dados." (Gestor US4)*

Quanto à fidedignidade dos indicadores de saúde, nove gestores afirmaram que os indicadores são fidedignos; mas dois demonstraram não se sentir seguros quanto a esse aspecto, citando exemplos relacionados a problemas de cobertura e completitude das informações.

> *"Sim são fidedignos em sua maioria; só não é quando sai algum funcionário (agente comunitário), porque o setor fica descoberto não demonstrando a real situação.* Como, por exemplo, números exatos de hipertensos, crianças menores de 1 ano etc." *(Gestor US8)*

> *"Não são 100% fidedignos. O profissional que preenche a ficha de atendimento nem sempre preenche de maneira completa, podendo omitir algum dado importante." Gestor US10)*

Sobre a frequência da utilização das informações presente nos sites do DATASUS e da Prefeitura pelos gestores, parte dos gestores afirmou terem utilizado frequentemente. Mesmo assim, foi recorrente a afirmação de que não necessitavam abrir essas páginas com regularidade para consultar as informações, uma vez que estas informações são disponibilizadas, de modo sintético, via e-mail pela supervisão, coordenação e Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto à necessidade dos gestores utilizarem as informações de outros sites (além do DATASUS e da página da Prefeitura), a maioria respondeu não ser necessário. Não obstante, um quarto dos respondentes afirmou utilizar outras fontes de informação.

> "*Sim, às vezes entro no site do ministério da saúde para ver algum protocolo e no site do ministério do trabalho para*

> *realizar consultas, por exemplo, sobre a NR32[22]." (Gestor US8)*

> *"Sim. Busco informações no site da COVISA (Coordenadoria de Vigilância em Saúde), sites das categorias profissionais (COREN, CRF, CRM) e sites de legislação." (Gestor US11)*

5.5 - TEMA 5: COMPARAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE (BENCHMARKING)

Os indicadores de saúde quando monitorados ao longo do tempo, são essenciais para criação do Benchamarking, que Bittar (2001) definiu como sendo um ato de comparar sistematicamente as informações, por meio de um processo contínuo e sistemático que tem como referência as organizações que apresentam melhores práticas, e, com isso, propiciar a melhora organizacional das demais.

Ao serem interrogados se os indicadores de saúde são comparados entre as unidades de saúde, quase todos os entrevistados afirmaram que esta comparação é feita com regularidade e, em geral, ocorre em reuniões mensais com a supervisão, por meio de painel de monitoramento.

> *"As comparações ocorrem via reunião com a supervisão, nas quais é informado como está o desempenho de cada unidade, sendo possível visualizar se a unidade apresenta um indicador com índice baixo, um exemplo que pode ser citado é o baixo índice de atualização da Bolsa Família." (Gestor US1)*

---

[22] NR32 - Esta Norma Regulamentadora tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

> *"Ocorrem comparações, que são vistas através do painel de monitoramento. Daí, quando observamos que alguma unidade possui um indicador com valor acima das demais unidades, procuramos melhorar, baseado na melhor experiência adotada pela unidade."(Gestor US5)*

O painel de monitoramento é instrumento de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que permite o acompanhamento contínuo e oportuno da atuação sobre as prioridades da política de saúde municipal por meio de um pequeno número de indicadores disponíveis que informam sobre aspectos dos problemas, em cada nível do sistema onde o gestor tem governabilidade para fazer mudar as situações captadas.[23]

O painel de monitoramento foi concebido para acompanhar tendências em cada nível do sistema (Município como um todo; Regionais de Saúde; Microrregiões; Supervisões Técnicas de Saúde; Subprefeituras; Distritos Administrativos; unidades ambulatoriais e hospitalares).

Apenas dois gestores relataram não utilizar as comparações em suas ações gerenciais, que no momento não estão realizando esta prática. Não obstante, um deles informou que há planos de se começar a efetuar esse tipo de análise.

> *"Não ocorrem comparações, o que ocorre é uma apresentação das unidades, mas nunca utilizei as informações de outras unidades." (Gestor US4)*

Para grande parte dos gestores as comparações de indicadores auxiliam nas ações gerenciais, principalmente no diagnóstico de problemas na unidade, que poderiam ser evidenciados quando sua atuação for comparada a de outras unidades.

---

[23] Disponível em: http://wwwextranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/ceinfo-cefor/painel-de-monitoramento-conceitos-instrumentos-e indicadores/Painel%20de%20 Monitoramento%20Curso%20CEFOR%20para%20gestores%20out%202008.pdf
Acesso em 20.02.13

"As comparações incentivam a melhorar os serviços, um exemplo que pode ser citado, foi quando a unidade estava com número de atualizações dos usuários da bolsa família abaixo do estimado para região, tomamos a iniciativa de fazer a convocações e também promover palestras de esclarecimento para hipertensos, a região tem muitos hipertensos." (Gestor US1)

"Através das comparações vimos os pontos que necessitam de melhorias, e observamos onde que estamos falhando. Tentamos enxergar porque uma unidade consegue um desempenho bom e a outra unidade não." (Gestor US3)

"Fazendo as comparações você tem retorno do desempenho da sua unidade, se você não está atingindo as metas, você vai elaborar estratégias para melhorar o desempenho. Um exemplo foi observado no projeto remédio em casa. A princípio, nós tínhamos sete pessoas cadastradas no projeto, depois de uma reunião com a enfermagem este número passou para 200 pessoas. É preciso sensibilizar o profissional". (Gestor US11)

"Auxiliam em ações gerenciais, através do intercâmbio de experiências, promovendo a melhoria dos serviços e soluções dos problemas." (Gestor US5)

"Sim, auxilia para promover ações de saúde, mas ao mesmo tempo deprime, pois dependo de outros profissionais para cumprir as metas, e às vezes os mesmos encontram-se resistentes." (Gestor US2)

5.6 - TEMA 6: ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Ao interrogar os gestores sobre a existência de dificuldades para o acesso, interpretação e utilização das informações de saúde, três gestores responderam não terem dificuldades em relação aos itens citados. Cerca de metade dos entrevistados relatou que suas principais dificuldades são

relativas ao acesso às informações, em decorrência da lentidão dos sistemas.

> *"Vejo dificuldade no acesso aos sistemas, quando há lentidão na intranet" (Gestor US7)*

> *"O SIGA é lento e arcaico, demora muito para destrinchar uma função, precisa entrar em várias telas para realizar uma função, precisa ser mais dinâmico e simples. O SIAB tem uma deficiência para informar os dados por faixa etária. O sistema é apenas capaz de mostrar as idades por grupos padrões, por exemplo, se quero saber quantas mulheres na faixa etária de 22 anos fizerem o Papanicolau em 2011, não consigo saber, vejo apenas o total do grupo padrão que corresponde a faixa etária de 20 a 39 anos." (Gestor US8)*

> *"Há dificuldade no acesso ao SIGA, é muito lento.'' (Gestor US8)*

Além da lentidão dos sistemas, outros problemas foram observados nas falas dos gestores. No que diz respeito aos recursos humanos, os gestores alegam que as unidades trabalham com quantidade insuficiente de funcionários, e que há falta de capacitação periódica tanto de funcionários como dos gerentes.

> *"Falta capacitação periódica dos colaboradores para operar com mais qualidade os sistemas, e também é necessária uma capacitação específica para os gerentes." (Gestor US6)*

> *"A falta de envolvimento dos profissionais, número de funcionários insuficiente é o que dificulta a utilização das informações." (Gestor US2)*

Apesar dos obstáculos mencionados, alguns gestores avaliaram que os sistemas são adequados.

> "*Todos os sistemas que a unidade utiliza são bons, precisa ser ágil." (Gestor da US3)*

5.7 - TEMA 7: OPORTUNIDADES DE MELHORIA – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O estudo levantou as principais oportunidades de melhoria que deveriam ser realizadas junto aos sistemas de informação em saúde, para promover a utilização desse instrumento nas unidades de saúde. Os gestores sugeriram mudanças; dentre as mais recorrentes, sublinha-se a necessidade de melhorar a velocidade da rede. Também foi lembrada a necessidade de aquisição de mais equipamentos de informática. De modo específico, também se registrou a necessidade de integrar o SIGA com a ficha digital.

> *"Atualizar os sistemas e flexibilizar os dados, exemplo faixa etária do SIAB. Em relação ao SIGA, a agenda precisa ser mais ágil e dinâmica, e criar campos para diversidade. Hoje, é preciso ter um instrumento paralelo para anotar as informações que o sistema não contempla. O sistema é muito restrito e precisa aumentar os megabites." (Gestor US8)*

> *"Aumentar a velocidade do link com a banda larga, hoje a velocidade 256 KBPS para 37 computadores." (Gestor US7)*

> *"Precisa melhorar a estrutura de informática, rede, equipamentos, computadores. Adquirir mais canetas digitais... E aumentar a conexão com a rede, hoje é muito lenta." (Gestor US10)*

> *"Necessita de mais computadores e impressoras. São necessários equipamentos mais qualificados para atender o povo e também mais profissionais qualificados." (Gestor US2)*

> *"A integração da ficha digital com o SIGA seria bom." (Gestor US11)*

> *"Outra necessidade seria poder editar o banco de dados do SIGA e automaticamente alterar na ficha digital" (Gestor US7)*

Um gestor, de modo específico, sugeriu mudanças no SIGA, para permitir atender melhor as particularidades do Centro de Apoio Psicossocial.

> *"Elaborar uma versão do SIGA para CAPS. Por uma falha no SIGA, o preenchimento do paciente em crise é marcado como consulta, pois não tem um campo próprio para atendimento de pacientes em crise. O controle da presença é feito manualmente, gerando discrepâncias em relação aos dados do SIGA." (Gestor US9)*

Dois gestores mencionaram a possibilidade da duplicidade de cartões SUS, isto é, de emissão repetida deste documento para o mesmo usuário dos serviços de saúde. E se queixaram por não haver como excluir os cartões duplicados.

> *"Gostaria de acessar o banco de dados do sistema SIGA para fazer alterações de informações. Por exemplo, os cartões SUS duplicados, não tenho como excluir..." (Gestor US7)*

> *"No SIGA seria necessário limitar a liberação do cartão SUS. Hoje, o usuário pode fazer quantos cartões desejar, não existe controle, o que dificulta muito a rotina..." (Gestor US11)*

Outras dificuldades foram apontadas pelo gestor da US5, como a falta de acesso ao painel de monitoramento, e o não atendimento das solicitações enviadas pelas unidades aos órgãos administradores dos sistemas.

> *"Seria necessário ter acesso direto ao painel de monitoramento. Vejo a necessidade de aumentar a velocidade da rede para melhor utilizar o SIGA. Outra dificuldade é a demora em atualizar o sistema quando solicitamos alterações. Posso citar um exemplo, solicitamos a criação de um campo para informar o telefone do paciente*

> *no comprovante de agendamento, até o momento não obtivemos resposta." (Gestor US5)*

O gestor da US10 relatou a necessidade de informações mais detalhadas sobre os atendimentos realizados em sua unidade:

> "*É necessário ter disponível as informações em tempo real. Um exemplo é o tempo de espera por cada atendimento dentro do serviço. Eu gostaria de saber o tempo exato da consulta, o tempo de espera para a medicação. Hoje, eu só consigo ver o tempo total que o paciente ficou na unidade, não sendo possível dimensionar o tempo de cada processo." (Gestor US10)*

6. DISCUSSÃO

6.1 USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES NA GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Silva (2000) definiu o planejamento como uma ferramenta capaz de auxiliar e influenciar ações que favorecem resultados futuros. Segundo o autor, o planejamento ensina a pensar antes de agir: “Os que não planejam suas ações são obrigados a improvisar e correm o risco de não atingirem os resultados pretendidos”. Especificamente aplicado ao setor saúde, TANCREDI et al. (1998) definiram o planejamento como sendo o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Apesar da reconhecida importância do planejamento, o presente estudo identificou que a livre demanda por atendimentos é, muitas vezes, o principal elemento que instrui a gestão das unidades de saúde. Em outras palavras, o serviço de saúde tende a aguardar que os pacientes procurem por atendimento, levando em pouca consideração os demais, que por algum motivo não efetuaram demanda sobre os serviços. Quando tentam se ajustar à livre demanda, as unidades de saúde deixam de procurar reconhecer a real necessidade da região.

Tal achado sugere que o serviço trabalha de forma retroativa, não usando o planejamento para se antecipar aos acontecimentos e aprimorar as ações em saúde. Castiel e Riviera (1985) identificaram o descompasso entre a gestão em saúde e o uso efetivo de dados estatísticos e normas de eficiência, e afirmaram que a falta de planejamento pode resultar em perda de efetividade dos serviços de saúde. Quase 30 anos se passaram, e os problemas apontados pelos autores acima ainda são bastante evidentes nos serviços de saúde.

Ferla e Fagundes (2002) avaliaram que ainda é muito tênue a utilização de sistemas de informação no processo de organização das ações e serviços de saúde. Segundo os autores, esses sistemas são muitas vezes concebidos nas unidades locais de forma burocrática, como um processo de trabalho isolado e necessário apenas para cumprir as atribuições delegadas pelos níveis estadual e federal do SUS. Cohn et al. (2005) sublinharam que as informações de ordem burocrática e gerencial, como dados sobre financiamento e faturamento, são as que mais interessam às Prefeituras, às Direções Gerais de Saúde a aos Conselhos Municipais de Saúde. Apesar de a Constituição Federal de 1988 ter promovido a descentralização político-administrativo dos municípios, a lógica do financiamento prevalece sobre a dimensão técnica na gestão dos serviços de saúde (ELIAS, 1996).

A menção dos gestores a veículos de comunicação, como o Diário Oficial, folders, fax, quadro de aviso e e-mails como sendo sistemas de informação, denotam divergência entre os termos, sistema de informação e fontes de informação. Acredita-se que este fato possivelmente esteja relacionado à pouca utilização dos sistemas de informação na gestão das unidades.

Barreto (2004) ressaltou a importância do conhecimento científico como fundamento para a tomada de decisão nas práticas de gestão. No entanto, o autor também sublinhou a complexidade desse processo, pois nem sempre as informações disponíveis são utilizadas. Há ocasiões em que faltam conhecimentos para instruir a gestão; em outras ocasiões, há informação suficiente, mas falta vontade ou capacidade para adotar as ações necessárias e as decisões são adiadas.

Para Branco (2001), os gestores não têm intimidade com sistemas de informações gerenciais e esse distanciamento causa grandes transtornos para o processo de decisão e, em consequência, para os resultados obtidos. A gestão em saúde acaba sendo exercida com uma carga de improviso maior do que a necessária. O gestor é, antes de tudo, um tomador de decisões, independentemente de seu nível hierárquico na instituição. Necessita, portanto, de informações que permitam caracterizar o problema,

compreender o contexto que envolve esses problemas e identificar os possíveis impactos das soluções propostas.

A percepção dos gestores sobre os sistemas de informações é de um instrumento técnico-burocrático, que demanda a alimentação de dados sobre o uso de materiais e medicamentos, agendamento de consultas, etc. A importância das informações geradas por esses sistemas para o planejamento e controle de suas unidades não é facilmente apreendida.

Os sistemas de informação em saúde foram mencionados por cerca da metade dos gestores como sendo importantes fontes de dados para suas unidades. Esta proporção, entretanto, está longe do ideal, e a gravidade desse achado se incrementa pelo relato das dificuldades que muitos gestores mencionaram para o uso efetivo dessas informações. Esses resultados indicam a necessidade de incentivar o uso deste instrumento. Os gestores deveriam ser motivados a desenvolver mecanismos de construção do conhecimento baseado nas informações locais, deixando de ser contribuintes passivos dos sistemas de informação, para atuar de modo mais efetivo perante a complexidade do trabalho que suas funções exigem.

Branco (2001) propugna que os gestores deveriam ter a dimensão exata de todo o processo de produção das informações de saúde, para saberem como atuar em cada etapa, a fim de proporcionar condições favoráveis para o seu uso. O conhecimento do acervo de informações à sua disposição e a compreensão sobre como se originam essas informações podem proporcionar aos gestores a compreensão de que a própria escassez de recursos é, muitas vezes, fruto do desperdício provocado pela falta de informações sobre a realidade, falta de clareza quanto às metas almejadas e insuficiente previsão sobre o impacto das possíveis intervenções (GUIMARÃES, 2004).

Os gestores entrevistados reconhecem as instâncias administrativas superiores (a Secretaria Municipal da Saúde, a Coordenadoria Municipal de Saúde, e as organizações sociais de saúde) como fontes importantes de informação para o planejamento, o que reforça a posição estratégica destas instâncias institucionais na gestão dos serviços locais de saúde. Nesse

sentido, é importante sublinhar que tais instituições deveriam se capacitar para, e efetivamente promover o uso dos indicadores de saúde como instrumentos de apoio para a qualificação dos serviços.

Em uma fala intrigante, um dos entrevistados afirmou que as informações de saúde de interesse para a unidade, nunca vêm de dentro da unidade e sim de fora. Esta fala indica uma possível fragilidade demonstrada pelo gestor, no que diz respeito à apropriação das informações locais, e suscita o questionamento sobre a racionalidade de uma unidade de saúde participar do processo de produção do conhecimento em saúde apenas por meio do repasse de dados. É importante ressaltar a relevância das informações externas, que em muitas vezes são diretrizes para gestão das unidades, mas a parcialidade da unidade em se apropriar das informações indica que, por si só, que a unidade não está conseguindo transformar os dados ali produzidos em informação relevante.

As reuniões com o conselho gestor e a caixa de sugestão dos usuários foram reconhecidas como sendo uma fonte de informação importante para os serviços, ainda que de maneira discreta. A opinião dos usuários também é reconhecida como fonte importante para o planejamento e definição de prioridades.

Fortes (1997) afirmou que o acesso a informações é condição primordial para se promover a participação da comunidade e para a realização do controle social sobre as políticas públicas de saúde, principalmente no que diz respeito à definição e implementação de prioridades.

Para Silva, Cruz e Melo (2007), fazer com que as informações de saúde sejam acessíveis aos usuários do SUS, de forma universal, é o grande desafio do setor saúde. Não basta apenas divulgar os dados, é preciso apresentar a informação numa linguagem adequada, para permitir que os sujeitos se apropriem do conhecimento. Para isto ocorrer, temos que avançar no processo de democratização da comunicação e da informação, garantido o exercício do controle social.

Para Branco (2001), a participação popular deve ser uma das diretrizes prioritárias para a atuação político-administrativa nos três níveis de governo. O processo de produção das informações em saúde vem se conformando como um importante instrumento de controle social do SUS, na medida em que imprime visibilidade aos serviços de saúde, e possibilita sua avaliação continuada. Isto também é válido para a análise das prioridades políticas a partir do perfil epidemiológico de determinada localidade e, principalmente, para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social, conformando-se numa opção estratégica para o SUS (TASCA, GREGO e VILLAROSA, 1994).

6.2 DIFICULDADES E SUGESTÕES PARA O USO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Os gestores entrevistados no presente estudo relataram haver reuniões com representantes da Supervisão Técnica Municipal de Saúde e das OSS atuantes em suas unidades, para discutir as informações em saúde de interesse para a área de abrangência do serviço. Entre os itens de pauta dessas reuniões, inclui-se a apresentação dos indicadores de saúde das unidades da região de estudo. As unidades que apresentam bons índices de desempenho servem de referência para as demais unidades.

A simples disponibilidade dos indicadores de saúde, por si só, não configuram um diagnóstico das condições de saúde da população adstrita à área de atuação da unidade, mas sua análise é a base para a elaboração de uma síntese da realidade de saúde sobre a qual irão atuar as equipes vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SÃO PAULO, 2010). Diante da diversidade de indicadores produzidos nas unidades de saúde, alguns foram lembrados pelos gestores como sendo relevantes para o planejamento de ações: o número de portadores de hipertensão, de diabetes, de pessoas

com vacinação em dia, de casos de tuberculose e hanseníase, o número de exames de Papanicolaou, o número de gestantes acompanhadas pelo programa Mãe Paulistana.

Essa seleção de indicadores reflete as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde N. 648, de 28 de março de 2006, que definiu como áreas estratégicas para operacionalização da atenção básica em todo o território nacional a eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, o controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes mellitus, a saúde da criança, da mulher e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Nesse sentido, o fato de os gestores terem relatado como mais importantes para a gestão os mesmos indicadores incluídos nessa Portaria indica a preocupação das unidades em atender as determinações da Política Nacional de Atenção Básica.

Alguns gestores relataram achar que os indicadores são de fácil interpretação e conseguem informar aquilo a que se propõem. Em relação à confiança na qualidade da informação, praticamente todos afirmaram se sentir seguros para a tomada de decisão. Patriota (2009) sublinhou a importância, para o gestor moderno, de se apoiar em informação fidedigna e atualizada. Para isso, é necessário, no processo decisório, conhecer e determinar a origem da informação que sustentam a escolha das ações.

Sutter (2002) propôs quatro critérios para escolha de indicadores de desempenho. Os indicadores devem ser pertinentes ao fenômeno estudado, isto é, devem propiciar uma imagem fiel desses fenômenos. Devem também ser justos ou estáveis, o que implica uma informação exata e renovável; e devem ser precisos ou sensíveis, indicando que as variações significativas do fenômeno precisam ser refletidas por variações compatíveis no indicador.

Embora, em sua maioria, os gestores acreditem na fidedignidade dos dados, Figueiredo (2009) relata haver subnotificação de dados, em geral atrelada a problemas relacionados à qualificação profissional dos funcionários envolvidos no registro e na comunicação dos dados.

Os gestores relataram não consultar com frequência as páginas do DATASUS e da Prefeitura na Internet, mas as informações em saúde contidas nesses sites lhes são comunicadas de modo sintético pela Secretaria Municipal de Saúde, afirmaram que estas informações são suficientes não necessitando entrar em outros sites.

Observa-se a realização e utilização das comparações dos indicadores entre unidades de saúde do estudo, o que propicia inferências relativas ao diagnóstico de saúde da população adstrita, servindo de apoio para o planejamento dessas unidades.

Esse processo induz um aprendizado organizacional; mas pode também induzir frustração nos gestores de saúde, quando reiteradamente deixam de conseguir atingir as metas estabelecidas para a melhora dos indicadores. A esse respeito, Silva e Nora (2008) sublinharam a importância de estabelecer padrões de desempenho para permitir concluir se as metas foram ou não atingidas por meio da avaliação de indicadores.

No que diz respeito ao reconhecimento de entraves para o acesso, interpretação e utilização das informações em saúde, a principal reclamação dos gestores está relacionada ao acesso aos sistemas de informação, em decorrência da lentidão desses sistemas. Outras dificuldades também foram mencionadas, como a pouca integração entre esses sistemas, o número reduzido de profissionais habilitados a operar esses sistemas e a falta de capacitação periódica para os funcionários. Figueiredo (2009) também sublinhou a falta de funcionários como sendo fator de limitação para o processo de registro, coleta, análise e divulgação das informações de saúde, o que compromete a sua utilização. Segundo (Silva e Laprega, 2005; Guedes, 2007) a falta de treinamento reflete no preenchimento inadequado, na interpretação incorreta dos dados, no atraso de atualização dos cadastros e consolidação dos dados. Além disso, a falta de treinamento dos profissionais dificultaria a compreensão das finalidades dos sistemas de informações em saúde.

Branco (2001) apontou as dificuldades encontradas para consolidar os sistemas de informação: limitadas estruturas locais e infraestrutura de

informática (incluindo recursos, equipamentos e pessoal); falta de definição adequada dos procedimentos de coleta de dados; pouco conhecimento quanto às alternativas de processamento e insuficiência de recursos humanos qualificados para a análise das informações. Para fazer frente aos problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, a Política Nacional de Educação Permanente estipulou a capacitação profissional como recurso estratégico. A capacitação visa fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que não oferecidas em escala suficiente pela dinâmica das organizações (MS, 2009d). Vidor, Fisher e Bordin (2011) também apontaram dificuldades com a formação e qualificação de recursos humanos como fator importante para a subutilização dos sistemas de informações em saúde nos municípios gaúchos.

A utilização desses sistemas é, ainda, influenciada por fatores técnicos, estruturais e políticos vivenciados no cotidiano do trabalho. Os sistemas de informação necessitam responder às necessidades dos serviços em saúde para que possam ter sua utilidade reconhecida e, com isso, haver incentivo para seu uso na gestão dos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2009).

Aumento na velocidade da rede, aquisição de novos equipamentos, integração do SIGA com a ficha digital (AMAs), qualificação dos profissionais, e a atualizações nos sistemas. Foram estas as sugestões mais lembradas no presente estudo, quando se perguntava aos entrevistados quais seriam as intervenções necessárias junto aos sistemas para superar os problemas e limitações para sua utilização mais adequada. Os itens apontados podem nortear a adequação desses sistemas e favorecer o seu uso por parte dos gestores.

Um dos gestores sugeriu modificações no SIGA, para adequá-lo às particularidade do Centro de Apoio Psico Social. Guedes (2007) também observou que os sistemas de informação oficiais (municipais, estaduais e federais) não contemplam alguns grupos populacionais, como os pacientes de saúde mental. As informações geradas para este grupo acabam sendo registradas em instrumentos não oficiais, causando divergências entre os

dados que são registrados e os que são relatados, prejudicando a informação sobre a unidade de saúde.

A exclusão da duplicidade de cartões SUS foi apontada como uma deficiência do sistema que precisa ser sanada, pois esta duplicidade prejudicaria os processos administrativos. Os gestores se queixam que esta e outras reivindicações já teriam sido comunicadas aos órgãos competentes, mas sempre sem retorno, o que indicaria descaso a essas solicitações.

Foi sugerida a integração dos sistemas, favorecendo a troca de informação e evitando a repetição de trabalho, pois a unidade tem que digitar a mesma informação em sistemas diferentes. Esta informação é consistente com o estudo de Guedes (2007), que observou a falta de integração entre os sistemas de informação de saúde como sendo fonte de desperdício de tempo de trabalho e recursos financeiros.

A dificuldade em obter informações detalhadas sobre os atendimentos realizados nas próprias unidades (como o tempo de espera pela consulta, o tempo tomado pela consulta médica, o tempo de espera pela medicação, dentre outras) prejudica a gestão do processo de atendimento do usuário e, como consequência, interfere na qualidade da assistência prestada. Ferla (2001) também verificou que os gestores locais não têm acesso a informações sobre os atendimentos de sua própria unidade, até mesmo porque sua utilização é dificultada por incompatibilidades conceituais ou geográficas das diferentes bases de dados.

Baseado nos problemas acima citados, sabe-se que, no processo gerencial, cabe destacar a importância de obter informações em tempo oportuno. Beer (1975) afirmou que informação atrasada é, na verdade, desinformação. Na mesma linha de análise, Matus (1996) diferenciou os conceitos de informação em tempo real e informação em tempo eficaz. A primeira consiste naquela que chega ao ator sem atraso em relação aos fatos que assinala. Já a segunda corresponde àquela que, mesmo que demore, chega no tempo necessário para instruir a ação. A informação em tempo real seria apenas um caso particular da informação em tempo eficaz,

e seria preciso incentivar os sistemas de informação em saúde a propiciar o conhecimento de modo propício à gestão.

6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo não tem características de representatividade estatística. Uma única região de saúde foi selecionada; Aricanduva representa apenas uma das 31 divisões administrativas (subprefeituras) da cidade de São Paulo. Todas as unidades do serviço público de saúde foram contempladas, mas apenas um gestor por unidade foi entrevistado, totalizando onze sujeitos de pesquisa.

Nesse sentido, o presente estudo teve caráter apenas descritivo e exploratório, visando propiciar elementos para uma reflexão sobre o objeto de estudo. Os resultados aqui descritos e analisados não podem ser atribuídos a outras regiões da cidade, a outras áreas ou regiões do estado ou do país, nem a outros períodos.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar o tema em pauta, nem a discussão sobre o uso dos sistemas de informação na gestão em saúde. Teve apenas como escopo procurar contribuir para a compreensão de como pensam os gestores sobre esse assunto. O presente estudo procurou, também, ser um convite à realização de novos estudos sobre o tema, aplicados a outras áreas de abrangência e usando outros recursos metodológicos, para ampliar o conhecimento sobre esse tema.

É importante salientar que apesar de a maioria das entrevistas (oito) não terem sido gravadas, acredita-se que a coleta de dados não tenha sido prejudicada, pois as respostas foram registradas por escrito com foco na fala dos entrevistados e nos objetivos do estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu da premissa de que os indicadores de saúde, de modo específico, e as informações em saúde, em geral, podem contribuir de modo relevante nos processos de planejamento e controle dos serviços de saúde. Com base nessa premissa, procurou-se descrever a percepção dos gestores de unidades de saúde sobre esse tema.

Foi observado que os gestores pouco utilizam os sistemas de informação no planejamento e controle, o que leva a subutilização dos indicadores de saúde. Em suas unidades, as ações de saúde são planejadas em muitos casos em função exclusivamente da demanda espontânea dos usuários. Foi também observado que os gestores têm reduzido conhecimento sobre o que são os sistemas de informação e como podem ser usados. Sua percepção é a de que os sistemas de informações em saúde configuram um instrumento técnico-burocrático, que demanda o esforço por parte de suas unidades para alimentar os dados solicitados. Além disso, os gestores entrevistados apontaram as dificuldades que reconhecem como sendo fatores de limitação para o uso dos sistemas de informação. Os registros acima sintetizados constituem o principal resultado desse estudo.

Os indicadores de saúde que os gestores relataram como sendo os mais importantes para o planejamento de suas unidades (número de pessoas com hipertensão, com diabetes, com vacinação em dia, número de casos de tuberculose e hanseníase, o número de exames de Papanicolaou e número de gestantes acompanhadas pelo programa Mãe Paulistana) são aqueles que foram estipulados pelo Ministério da Saúde para a Política Nacional da Atenção Básica. Estes indicadores são de fato relevantes para a gestão das unidades do serviço público de saúde. Mesmo assim, o presente estudo interpretou o fato de que apenas estes indicadores tenham sido reconhecidos pela a maioria dos gestores como sinal de que os mesmos são

cobrados pelas instâncias administrativamente superiores para que produzam resultados relativos a essas informações.

As dificuldades e limitações que os gestores entrevistados reconhecem, e que dificultam uma maior utilização das informações em saúde estão relacionadas aos sistemas de informação em saúde que são: lentidão dos sistemas; número reduzido de profissionais; falta de capacitação periódica; pouca integração entre os sistemas obrigando trabalho duplicado. Na percepção dos gestores, esses itens deveriam ser contemplados para o aprimoramento institucional dos sistemas de informação, favorecendo o uso mais efetivo dos indicadores de saúde.

Apesar de afirmarem que os indicadores de saúde são fidedignos e de fácil interpretação, os gestores entrevistados revelaram pouco usar este instrumento para orientar suas ações gerenciais. Em outras palavras, os gestores entrevistados não atribuem importância efetiva para esta ferramenta de gestão; e reconhecem dificuldades e limitações para implementar o seu uso.

Estas percepções configuram vetores contrários ao planejamento em saúde, a qual demanda o contínuo reconhecimento das necessidades de saúde da população. Qualquer política de saúde que se queira adotar deve estar fundamentada na análise das informações de saúde. A pouca utilização destas informações como instrumentos de gestão e controle das unidades de saúde sinalizam dificuldades para se imprimir rumos para as intervenções em saúde coletiva. Nesse sentido, será preciso revalorizar os sistemas de informações em saúde para que sejamos capazes de direcionar as atividades de gestão, e com isso favorecer a qualidade dos serviços em saúde.

8. REFERENCIAS

Andrade AQ de. Sistemas de informação em saúde e a tomada de decisão [Dissertação Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

Andrade SM, Soares DA, Junior LC. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: Andrade SM, organizador. Bases da saúde coletiva. Londrina: Eduel; 2001. p. 182-210.

Barbosa DCM. Sistemas de Informação em Saúde: A percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto/SP [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão da USP; 2006.

Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto. Cad de Saúde Coletiva. 2010; 18(3): 424-433.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do sistema único de saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004; 13(1): 15-24.

Barreto ML. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. Cienc saude colet. 2004; 9: (2): 329-338

Beer S. Plattform for change. Nova York: Wiley, 1975.

Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Revista de Administração em Saúde. 2001; 3(12).

Branco MAF. Sistemas de informação no nível local. Cad de Saúde Pública. 1996; 12(2): 267-270.

Branco MAF. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da rede nacional de informações em saúde (RNIS). Revista de Saúde Coletiva. 1998; 8(2): 95-123.

Branco MAF. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: 2001; 163-169.

Carvalho A de O, Eduardo MB de Paula. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).

Castiel LD, Riviera FJU. Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio?. Cad Saude Publica. 1985; 1(4): 447-456.

Castro RCF. Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. [Tese Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. Rev Saude Publica. 2005; 39 (1):114-121.

Elias PE. Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e política [Tese Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1996.

Ferla AA. Informação como ferramenta de gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação. Bol. da Saúde. 2001; 15(1): 9-36.

Ferla AA, Fagundes SMS. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa; 2002.

Ferreira SMG. Sistema de informação em saúde. In: Campos FE de, Werneck GAF, Tonom LM. Vigilância Sanitária: Cad de Saúde. Belo Horizonte: COOPMED; 2001.

Figueiredo LA. Análise da utilização do sistema de informação em atenção básica (SIAB) pelos coordenadores da atenção Primária à saúde na tomada de decisão [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2009.

Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. Bioética. 1997; 5(1): 71-76.

Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; 13(4): 547-554.

Guedes AAB. A informação na atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2007.

Guimarães EMP. Sistema de informação hospitalar: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2004.

Matus C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.

Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.

Ministério da Saúde. Compatibilização de sistemas baseados de dados (CBD) da rede integrada de informações para a saúde (RIPSA). Informe Epidemiológico do SUS. Brasília, DF; 1997; VI (3): 35-41.

Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. Capítulo 3. Sistema de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica. Brasília; DF; 1998.

Ministério da Saúde. Manual de procedimento do sistema de informação sobre mortalidade. Brasília. Fundação Nacional da Saúde. Brasília, DF; 2001a.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF; 2001b.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. SIAB - Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília, DF; 2003.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2006. Brasília, DF; 2009a.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de informações ambulatoriais departamento

de regulação, avaliação e controle coordenação geral de sistemas de informação. Brasília, DF; 2009b.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7 ed. Brasília, DF; 2009c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, DF; 2009d.

Mishima SM. A gerência de serviços de atenção primária a saúde como instrumento para a reorganização da assistência a saúde - o caso do Programa de Saúde da Família [Tese Livre-Docência]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.

Moraes IHS. Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exércicio da cidadania. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Abrasco; 1994.

Moraes IHS e Santos SRFR. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS. 2001; 10(1): 49-56.

Moresi EAD. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. Ciência da Informação. 2000; 29(1): 14-24.

Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde**.** 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

Organizacion Panamericana de Salud. Usos Y Perspectivas de la epidemiologia. Washington, 1984.

Patriota CMM. O uso da informação em saúde para tomada de decisão: um estudo de metanálise [Dissertação Mestrado]. Ceará: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Pinto IC. Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão – rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2000.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Opas: Brasília, DF; 2008.

Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Diagnóstico Sintético da Saúde na Cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2010, 52 p.

Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad de Saúde Pública. 1994; 10(1): 80-91.

Silva CPR, Nora AM. Indicadores de qualidade. In: Leão ER, et al Organizador. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2008. p.1-13.

Silva SF da. Planejamento em unidades básicas de saúde: noções de planejamento, estratégia e modelo assistencial. Revista Espaço para a Saúde. 2000; 1(2): 65-74.

Silva AS. da, Laprega MR. Avaliação crítica do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto. Cad Saúde Pública. 2005; 21(6): 1821-1828.

Silva AX da S, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. Ciên Saúde Col. 2007; 12(3): 683-688.

Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. RAS. 2005; 7(27): 57-64.

Sutter E. Documentation, Information, connaissances: la gestion de la qualité. Paris: ABFF; 2002. Collection Sciences de l'Information. Série Ètudes et Techiniques.

Schuch C. Análise de indicadores voltados à tomada de decisão gerencial: um comparativo entre a teoria e a prática [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre. Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Tancredi FB, et al. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).

Tasca R, Greco C, Villarosa FN. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Treviso P, Brandão FH, Saitovitch D. Construção de indicadores em serviços de saúde. Revista de Administração em Saúde. 2009; 11(45): 182-186.

Troccoli FT. Sistema de Informação. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD Ângelo, coordenadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag; 2011. p. 407- 445.

Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. Rev de Saúde Pública. 2011; 45: 24-30.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/094/12

26 de março de 2012.

Prezados pesquisadora e orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, **analisou** de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2331**, intitulado **"O USO DE INDICADORES NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"**, do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Keler Wertz Schender de Lima** e orientação do Professor **Jose Leopoldo Ferreira Antunes**, considerando-o **APROVADO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Ilm.º Sr.
Prof. T.L. **José Leopoldo Ferreira Antunes**
Departamento de Epidemiologia
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

Anexo 2 - Parecer Aprovado - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 15/12*

São Paulo, 06 de junho de 2012.
PARECER Nº 085/12 – CEP/SMS

Ilmo. Sr.
José Leopoldo Ferreira Antunes

Projeto de Pesquisa: O Uso de Indicadores na Gestão de Serviços de Saúde
Pesquisador Responsável: José Leopoldo Ferreira Antunes
Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Local onde os dados serão coletados: STS Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão, CRS Sudeste.
Patrocinador: O próprio pesquisador

1 - Sumário Geral do Protocolo:

Descrição sucinta do projeto - Resumo fornecido pelo Autor

As informações em saúde procuram refletir o processo de saúde/doença, condições de vida, bem como informações administrativas de interesse para os serviços de saúde, possibilitando um conhecimento ampliado da realidade sanitária da população (BRANCO, 2001). Os indicadores de saúde são formas de representação quantificáveis de processos e produtos, objetivam controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos mesmos (TREVISO, BRANDÃO e SAITOVITCH, 2009).

No entanto, nem todas as informações geradas pelos serviços de saúde são utilizadas para a análise da situação de saúde, para a definição de prioridades ou para a reorientação de práticas. Silva e Formigli (1994) afirmaram que, caso fossem analisadas, essas informações poderiam se constituir em matéria prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços.

O objetivo deste estudo é descrever a percepção que os gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em ações de planejamento e controle dos serviços de saúde.

O presente estudo tem caráter descritivo e abordagem qualitativa. O levantamento das informações utilizará entrevista semi-estruturada com 13 gestores responsáveis pelos serviços de saúde da região da Subprefeitura do Aricanduva.

Para análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens registradas, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN,1979).

Trata-se de projeto de pesquisa apresentado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para realização do exame de qualificação para mestrado em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviço de Saúde Pública. O projeto pretende entrevistar 13 Gerentes de Estabelecimentos de Saúde da região de Aricanduva, da Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva/Formosa/Carrão, CRS Sudeste objetivando "escrever a percepção dos gestores de uni-

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 15/12*

dades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em ações de planejamento e controle dos serviços de saúde".

O autor apresenta aprovação "ad referedum" do Comitê de Ética da FSP/USP. A metodologia pretendida será com entrevistas semiestruturadas, cujos dados qualitativos alcançados serão analisados através da técnica da analise temática, ou seja, os temas citados ou mais repetidos pelos sujeitos que tenham mais significado para a pesquisa.

2 – Considerações.

- **Apresentação do Protocolo**

  A Folha de Rosto está corretamente preenchida; O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa; O orçamento detalhado está adequado e Informa a fonte patrocinadora; O cronograma da pesquisa está adequado; Há tratamento adequado dos dados/informações;
- **Avaliação dos riscos e benefícios**

  A metodologia é adequada aos objetivos e não impõe alguma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa; Não há grupos mais vulnerável envolvidos;

  Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

  É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo; A linguagem é adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa; há descrição dos procedimentos; Há identificação dos riscos e desconfortos esperados; há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96; Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados; São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE;

III - Situação do Protocolo: aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397-2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

APÊNDICES

Apêndice 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Titulo do Projeto: **PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE O USO DE INDICADORES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Unidade de Saúde:.....

Entrevistado:.....

Data de nascimento:.....

Formação:.....

Cargo:.....

Tempo de ocupação neste cargo:.....(anos).....(meses)

Possui Pós-Graduação:

Especialização	Área	Mês/Ano
( ) Sim ( ) Não		
( ) Sim ( ) Não Mestrado		
( ) Sim ( ) Não Doutorado		
( ) Sim ( ) Não		

1) Como são identificadas as necessidades em saúde da população na área de abrangência desta Unidade?

2) Quais os sistemas de informação disponíveis para esta Unidade?

3) Em que situações as informações destes sistemas são utilizadas?

4) Quais os indicadores mais importantes para o planejamento desta Unidade?

5) Como são obtidas as informações de saúde de interesse para esta Unidade?

6) Como são discutidas as informações de saúde obtidas por esta Unidade?

7) Os indicadores de saúde mais importantes para esta Unidade (pergunta 4) são de fácil interpretação? Isto é, conseguem informar aquilo a que se propõem?

8) Já deixou de tomar alguma decisão por não se sentir seguro quanto à qualidade das informações?

9) Os indicadores (indicados na pergunta 4) são fidedignos?

10) Com que frequência são utilizadas as informações do DATASUS? Site da prefeitura ?

11) Tem necessidade de outras informações que não estão disponíveis no DATASUS? Site da prefeitura? Quais?

12) São feitas comparações com indicadores de outras unidades de saúde com o mesmo perfil?

13) As comparações auxiliam em ações gerenciais? Quais?

14) Quais as principais dificuldades encontradas para acesso, interpretação e utilização das informações de saúde?

15) Que mudanças seriam necessárias nos sistemas de informações para melhor auxiliar a atuação desta Unidade?

Apêndice 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE O USO DE INDICADORES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Faculdade de Saúde Pública/ USP.

Eu, _____, declaro que aceito participar do estudo **PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE O USO DE INDICADORES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE** o qual visa descrever a utilização das informações em saúde nas Unidades de Saúde pertencentes à subprefeitura da Aricanduva. O nível de risco à saúde associado à participação nesta pesquisa foi classificado como sendo mínimo.

Minha participação é voluntária e fui esclarecido de que poderei deixar de participar a qualquer momento ou retirar meu consentimento posteriormente, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Fui informado de que os resultados deste estudo serão apenas divulgados em congressos e revistas científicas, e que meu nome não será identificado em nenhum momento, e sob nenhuma hipótese.

Também fui informado de que posso telefonar para o responsável pela pesquisa para dirimir qualquer dúvida ou esclarecimento adicional sobre o estudo.

Data _____/_____/_____

_____

Nome legível e assinatura do gestor

Responsável pela pesquisa:
Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904, São Paulo, SP.
Tel 3061-7968

CURRÍCULOS

Keler Wertz Schender (Aluna)
Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1697242079721821

Última atualização do currículo em 02/01/2013

Graduada em farmácia (2001), Especialista em Farmácia Hospitalar com enfâse em farmácia clínica (2003) e em Gestão Hospitalar e Políticas Públicas (2010). Experiência na área de gestão de farmácia hospitalar e gerenciamento de risco. Mestradanda em Saúde Pública (2011). Estágio supervisionado em docência na disciplina - História da Farmácia/Faculdade de Ciências Farmacêuticas/USP(2012).

(Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Keler Wertz Schender
Nome em citações Bibliográficas	SCHENDER, K. W
Sexo	Feminino

José Leopoldo Ferreira Antunes (Orientador)
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4938720890035457

Última atualização do currículo em 14/01/2013

José Leopoldo Ferreira Antunes é professor titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e editor associado da Revista de Saúde Pública. Sociólogo graduado (em 1984) e pós-graduado (mestrado em 1989, doutorado em 1994, livre-docência em 2005) pela mesma Universidade. É pesquisador do CNPq desde 03/2001. Coordena o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - USP. Sua área de interesse em pesquisa é a vigilância das desigualdades em saúde, com foco em suas formas de medida, na avaliação de sua magnitude e fatores associados. Em especial, tem se aplicado ao estudo do impacto de programas e intervenções sobre as desigualdades socioeconômicas em saúde.

(Texto informado pelo autor)

Dados pessoais

Nome	José Leopoldo Ferreira Antunes
Nome em citações bibliográficas	ANTUNES, J. L. F.; ANTUNES JLF; ANTUNES, J. L.; ANTUNES JL;Antunes, José L.F.;Antunes, José Leopoldo Ferreira;Ferreira Antunes, José Leopoldo;Antunes, Jose Leopoldo Ferreira
Sexo	Masculino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Pacaembu 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617968 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br