

Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde¹

Perception of managers on the use of indicators in health services

Keler Wertz Schender de Lima

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. São Paulo, SP, Brasil
E-mail: kelterschender@usp.br

José Leopoldo Ferreira Antunes

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: leopoldo@usp.br

Zilda Pereira da Silva

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: zildapereira@usp.br

Resumo

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. 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. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem de análise qualitativa. O estudo foi realizado na subprefeitura da Aricanduva, a partir de entrevistas com 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. Os indicadores de saúde são subutilizados pelos gestores em suas ações de planejamento e controle de serviços. Os sistemas de informações em saúde são apreendidos como instrumentos técnico-burocráticos por parte dos gestores. Alguns entraves foram mencionados pelos gestores em relação ao acesso às 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. 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.

Correspondência

José Leopoldo Ferreira Antunes
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715.
CEP 01246-904. São Paulo, SP, Brasil.

¹ Pesquisa realizada com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Abstract

Health indicators reflect the population health status true picture. Its use can guide health managers for planning and controlling interventions. This study aims to describe the managers' perception of health facilities concerning the health indicators use in the planning and control of actions performed at their health units. A descriptive study was conducted by interviewing the health facilities managers using a qualitative analysis approach, in the sub-prefecture of Aricanduva. The methodological resource of discourse contents thematic analysis was used to the results. The managers' speeches segments were grouped by themes. 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. The managers mentioned some barriers in relation to the access to health information. The slowness of the systems was considered the most important barrier, followed by the small number of professionals trained to operate the system, the lack of opportunities for training and updating professionals, as well as a poor integration between systems. Most managers are not fully qualified as health indicators users in their actions' planning and management. The institutional resources provision is recommended to allow a more effective use of the health indicators as a management tool for public health units.

Keywords: Health Indicators; Information Systems; Health Services.

Introdução

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. Essa realidade demanda das organizações uma gestão estratégica e eficiente do conhecimento, uma utilização inteligente dos sistemas de informação. O setor da saúde vem participando dessa expansão dos sistemas de informação e esforça-se para integrar neles seus processos assistenciais e administrativos.

Informação em saúde

No relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO, 2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (prestação de serviços, profissionais de saúde, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança). Afirma, ainda, que um sistema de informações em saúde que funcione bem é aquele que não só garante a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do sistema de saúde, mas também que produz análises para orientar as atividades em todos os outros blocos do sistema. Assim, as estatísticas de saúde devem permitir que os tomadores de decisão, em todos os níveis do sistema, identifiquem avanços, problemas e necessidades, tomem decisões baseadas em evidências sobre políticas e programas de saúde, e aloquem de forma otimizada recursos, na maioria das vezes escassos (WHO, 2007; Mutale et al., 2013).

Estabelecida a relevância do campo da informação em saúde, é importante destacar a sua complexidade. De um lado, há uma demanda crescente com diferentes usuários e usos da informação - pessoas e pacientes, comunidades, prestadores de serviços, gestores de programas, políticos, financiadores, agências globais e outras organizações. Todos precisam de informações sobre diversas áreas: medidas de saúde, incluindo as taxas de mortalidade e morbidade; surtos de doenças; determinantes da saúde (tais como ambiente e nível socioeconômico); acesso, cobertura e qualidade dos serviços, custos

e despesas (WHO, 2007; Stansfield et al., 2006). Essas informações são demandadas tanto nacional quanto subnacionalmente, incluindo distritos e equipamentos de saúde.

Já do lado da oferta, um volume cada vez maior de dados e informações são disponibilizados, além de diversas ferramentas e métodos. Porém, são necessárias diversas informações para satisfazer as necessidades de tomada de decisão em saúde pública, que podem ser atendidas com o uso combinado dos principais subsistemas de informação em saúde: censo, pesquisas domiciliares, vigilância em saúde pública, registro de eventos vitais, estatísticas de serviços de saúde e monitoramento de recursos (WHO, 2007, Stansfield et al., 2006).

Tanto a geração quanto o uso de informações em saúde são operados nos diferentes níveis do sistema de saúde. Vários tipos de dados são obtidos e utilizados por diversos atores com finalidades variadas. Os prestadores de serviços geram e utilizam a informação no contexto dos cuidados dos pacientes; os gestores precisam de dados para aumentar a eficiência e eficácia; os planejadores contam com estatísticas para as decisões operacionais; e os políticos utilizam a informação para a priorização e alocação de recursos (AbouZahr; Adjei; Kanchanachitra, 2007).

De acordo com Branco (2001), as informações em saúde procuram refletir o processo saúde/doença, as condições de vida da população e as 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.

Uso da informação na gerência de serviços de saúde

O dado é a base para gerar a informação, que pode ser entendida como o dado contextualizado, ao qual se atribui algum significado (Branco, 2001; Carvalho; Eduardo, 1998). Enquanto tal, a informação é mediadora de conhecimento e um importante recurso

de apoio ao processo de tomada de decisão. Neste processo, o uso de indicadores de saúde torna mais fácil o trabalho do gestor. Para a Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2008), os 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.

A gestão da saúde requer a tomada de decisões de elevada responsabilidade e relevância social. As informações providas 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 apoiam a busca de possíveis soluções e providências (Branco, 2001).

Considerando que o gestor ou o gerente é, antes de tudo, um tomador de decisões, independentemente de seu nível hierárquico, ele necessita, portanto, de indicadores que permitam caracterizar um dado problema, compreender o contexto que o envolve e identificar os possíveis impactos das soluções propostas (Branco, 2001). Para Carvalho e Eduardo (1998, p. 31),

a responsabilidade da gerência no planejamento, programação, coordenação e supervisão de programas e atividades de saúde assenta-se no alcance dos objetivos da instituição de saúde, que é a maior eficácia técnica, eficiência e efetividade, devendo refletir a qualidade alcançada, não somente do ponto de vista técnico, mas do usuário de saúde.

E desse ponto de vista, é necessário incorporar a produção e análise de informações, inter e extra-setoriais, como suporte para a tomada de decisão racional e eficiente. Assim, a tomada de decisão representará a conversão das informações em ação (Branco, 2001).

Estudos da década de 1990 mostram que 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-se 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.

Pesquisas mais recentes também mostram que a utilização do sistema de informações em saúde para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões no nível local continua incipiente (Silva; Laprega, 2005; Freitas; 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.

Na última década de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a informação em saúde apresentou grande evolução não apenas na ampliação do número de sistemas de informação e no aprimoramento da tecnologia de informática, mas também no desenvolvimento de competências para usar esses sistemas para produzir conhecimento e intervir em realidades específicas. Isso aconteceu com maior intensidade no plano federal e estadual, pois no âmbito municipal o avanço se circunscreveu para poucas cidades médias e grandes; algumas das quais se destacaram em gerar ampla produção de informação estratégica e de suporte à gestão em cada área e nível do sistema, incluindo o das unidades de saúde.

Este estudo trabalhou com a hipótese de que a disponibilidade de informações por si só não garante o seu uso na gestão e gerência em saúde (AbouZahr; Adjei; Kanchanachitra, 2007; Stansfield et al., 2006).

A literatura referência a importância dos indicadores de saúde para a gestão, no entanto, poucos estudos têm avaliado especificamente a utilização efetiva desses instrumentos no âmbito das unidades de saúde e na perspectiva dos seus gerentes.

Assim, este estudo teve como finalidade descrever a percepção que gestores de serviços locais de saúde têm sobre os indicadores de saúde e como estes indicadores poderiam subsidiar as ações de

planejamento e controle das unidades de saúde em que atuam.

Metodologia

Base de dados

Este estudo tem caráter descritivo, seu propósito é observar, descrever e explorar analiticamente o tema proposto, empregando metodologia qualitativa. A pesquisa envolveu 11 unidades municipais de saúde: seis Unidades Básicas de Saúde (UBS); três Assistência Médica Ambulatorial (AMA); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II- Adulto); e uma unidade exclusiva da Estratégia Saúde da Família (ESF), pertencentes à subprefeitura do Aricanduva, situada na região sudeste da cidade de São Paulo.

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 km². Sua população foi recenseada em 267.702 habitantes em 2010.

Para o levantamento das informações utilizou-se entrevista semiestruturada com os gestores responsáveis pelos serviços. Foi aplicado um questionário com perguntas dirigidas e perguntas abertas, para o registro sintético e objetivo das respostas. Para Minayo (1998), a entrevista é uma estratégia para a coleta de dados, na qual o 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. Essa é uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo e consiste em um processo de interação social entre sujeitos, um que atua no processo e outro que estuda o processo.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado e realizadas nos meses de julho e agosto de 2012, durante o horário de trabalho dos gestores e nos seus respectivos locais de trabalho. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 40 minutos.

Embora previamente autorizadas, apenas três entrevistas foram gravadas. Um dos gestores não aceitou a gravação, alegando não se sentir à vontade. Depois de iniciado o estudo, a Supervisão Técnica de

Saúde comunicou aos pesquisadores que as demais entrevistas não deveriam ser gravadas, 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 13 gestores responsáveis pelas unidades pertencentes à subprefeitura de Aricanduva, apenas dois não participaram do estudo, pois não atenderam aos agendamentos para a entrevista. Para fins de apresentação dos resultados sem identificação individual dos respondentes, os gestores foram identificados por números que vão de um a onze.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Parecer nº 094/12, 26/03/2012) e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Parecer nº 085/12, 06/06/2012).

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, que 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).

Para fins de descrição e análise das respostas, foram considerados os seguintes eixos temáticos nas entrevistas: perfil dos gestores entrevistados; sua percepção quanto ao uso dos sistemas de informação em saúde na gestão de suas unidades; acesso e discussão das informações em saúde; percepção sobre a confiabilidade e qualidade dos indicadores; comparação com outras unidades de saúde; entraves na utilização dos sistemas de informação em saúde; e oportunidades de melhoria dos sistemas de informação.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 11 gestores de unidades de saúde pertencentes à subprefeitura de Aricanduva; nove mulheres e dois homens. Sete dos entrevistados tinham de 30 a 49 anos de idade, quatro tinham mais de 50 anos. Todos declararam ter formação acadêmica de nível superior: sete enfermeiros, um médico, um dentista, um psicólogo e um formado em propaganda e marketing. Nove deles afirmaram ter realizado curso de especialização em busca de qualificação profissional para a gestão dos serviços de saúde.

Quando perguntados sobre quais eram as informações utilizadas para o planejamento das ações locais realizadas em suas unidades, cerca de metade dos gestores declarou basear-se apenas na averiguação prévia 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).

Quando procuram apenas ajustar-se à livre demanda, as unidades de saúde deixam de procurar reconhecer a real necessidade da região, e não consideram os que, por algum motivo, não demandam diretamente os serviços. Esse achado sugere que alguns serviços de saúde tendem a atuar 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 depois da publicação de seu estudo, os problemas apontados pelos autores ainda são notados nos serviços de saúde.

Cerca de um quarto dos entrevistados declarou considerar os sistemas de informação em saúde como uma das fontes para o reconhecimento das necessidades da população. Para esses gestores, os principais sistemas de informação disponíveis nas unidades são o SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Atendimento SIAB (Sistema de Informações da

Atenção Básica) e GSS² (Gestão de Sistemas em Saúde).

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).

Aproximadamente um terço dos gestores citaram como exemplos de sistema de informação relevantes para sua unidade o Diário Oficial, folders, fax, quadro de aviso, e-mails, BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) e ficha digital³. As reuniões com o conselho gestor e a caixa de sugestão dos usuários também foram citadas como sendo fontes de informação relevantes para a gestão. Esses recursos configuram instrumentos facilitadores dos processos administrativos, mas não podem ser considerados sistemas de informação. Os gestores demonstram compreensão insuficiente dos conceitos relacionados a indicadores de saúde, sistemas de informação e fontes de informação.

Quando indagados sobre em quais situações as informações de saúde são utilizadas, a maioria dos gestores mencionou os procedimentos formais para a alimentação de dados sobre o uso de materiais e medicamentos, agendamento de consultas, etc. Esse tipo de resposta indica uma visão restrita do potencial dos sistemas de saúde, que se restringe à demanda pela alimentação de dados. Ou seja, a utilidade das informações geradas por esses sistemas para o planejamento e controle de suas unidades não é facilmente apreendida.

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 a 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).

Para Branco (2001), os gestores não têm intimidade com sistemas de informações gerenciais e esse distanciamento causa dificuldades para o processo de decisão e, conseqüentemente, para os resultados obtidos. A gestão em saúde acaba sendo exercida com uma carga de improviso maior do que a necessária.

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).

Essa proporção, entretanto, está longe do ideal. Esse achado se torna ainda mais preocupante em função do relato, de vários gestores, das dificuldades que sentem para viabilizar um uso efetivo dessas informações. Inábeis em construir conhecimento com base nas informações locais, os gestores ficam relegados a uma função passiva, de apenas contribuir para alimentar dados nos sistemas de informação. Branco (2001) propugnou 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 aproveitamento.

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

2 GSS 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.

3 Ficha digital é um software adquirido por uma das OSS (Organizações Sociais de Saúde), é empregado nas AMAs para coletar, armazenar e certificar eletronicamente as informações clínicas pertinentes aos atendimentos realizados nas unidades de saúde.

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 instâncias deveriam se capacitar para promover efetivamente o uso dos indicadores de saúde como instrumentos de apoio para a qualificação dos serviços locais.

A opinião dos usuários foi sublinhada por alguns entrevistados como fonte importante para o planejamento e definição de prioridades. 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 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; Greco; Di Villarosa, 1994).

Na opinião dos entrevistados, os indicadores mais importantes para o planejamento de sua unidade são o número de pessoas com hipertensão, 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”.

Essa seleção de indicadores reflete as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 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 (Brasil, 2006). De fato, são indicadores relevantes para a gestão das unidades do serviço público de saúde, porém, o fato de que apenas estes indicadores tenham sido reconhecidos

pelos gestores pode ser interpretado como sinal de que eles são cobrados pelas instâncias administrativamente superiores para produzirem resultados relativos a essas informações.

A maioria dos gestores afirmou que os indicadores de saúde são de fácil interpretação, seguros e fidedignos. Apesar disso, revelam usar pouco este recurso para orientar suas ações gerenciais. Em outras palavras, os gestores entrevistados não atribuíram importância efetiva para essa ferramenta de gestão e reconhecem dificuldades e limitações para implementar o seu uso.

Quando monitorados ao longo do tempo, os indicadores de saúde propiciam a comparação sistemática de informações por meio de um processo contínuo que toma como referência as organizações que apresentam melhores resultados. Com isso, propicia-se a melhora organizacional das demais (Bittar, 2001). 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).

O painel de monitoramento é instrumento de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que permite o acompanhamento contínuo da atuação sobre as prioridades da política municipal de saúde, por meio de um pequeno número de indicadores. Muitos dos gestores entrevistados afirmaram que as comparações de indicadores auxiliam nas ações gerenciais, principalmente no diagnóstico de problemas na unidade, que são evidenciados pelo contraste com a situação de outras unidades.

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).

Ao serem interrogados 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 des-trinchar 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 fizeram 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. Em relação 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. 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. A falta de treinamento reflete no preenchimento inadequado, na interpretação incorreta dos dados, no atraso de atualização dos cadastros e consolidação dos dados (Silva; Laprega, 2005; Guedes, 2007).

Além disso, a falta de treinamento dos profissionais dificulta sua compreensão das finalidades dos sistemas de informações em saúde.

Branco (2001) apontou as dificuldades encontradas para consolidar os sistemas de informação: estruturas locais (recursos, equipamentos e pessoal) limitadas; insuficiente infraestrutura de informática; 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. Os sistemas de informação devem responder às necessidades dos serviços de saúde para que possam ter sua utilidade reconhecida e, com isso, incentivar seu uso na gestão das unidades de saúde (Figueiredo, 2009).

Este estudo também indagou sobre quais melhorias seriam necessárias para melhor aproveitamento dos sistemas de informação nas unidades de saúde. Os gestores sugeriram mudanças, entre as mais recorrentes: aumento da velocidade da rede e aquisição de equipamentos de informática. A rápida evolução das tecnologias de informação e comunicação traz o potencial de melhorar radicalmente a disponibilidade, compartilhamento e utilização de dados e informações em saúde, com isso a qualidade da infraestrutura de informática transforma-se num elemento a ser considerado. No entanto, é importante frisar que as principais barreiras para a melhoria dos sistemas de informação são humanas e não tecnológicas (Stansfield et al., 2006).

De modo específico, também registrou-se a necessidade de integrar o SIGA com a ficha digital. Os itens apontados podem nortear a adequação desses sistemas e favorecer o seu uso por parte dos gestores.

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 megabytes (Gestor US8).

Aumentar a velocidade do link com a banda larga, hoje a velocidade é de 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).

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

Na percepção dos gestores, os itens acima deveriam ser contemplados para o aprimoramento institucional dos sistemas de informação e um uso mais efetivo dos indicadores de saúde.

É importante discutir as limitações deste estudo. Sua amostra 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 locais do serviço público de saúde foram contempladas, mas apenas um gestor por unidade foi entrevistado, totalizando onze sujeitos de pesquisa. Nesse sentido, o 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.

Considerações finais

Partiu-se da premissa de que os indicadores de saúde e os sistemas de informações, 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 utilizam

pouco os sistemas de informação no planejamento e controle de suas unidades. Muitas vezes, as ações de saúde são planejadas em função exclusivamente da demanda espontânea dos usuários. Foi também observado que os gestores têm reduzido conhecimento sobre 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, cuja única interação com suas unidades é representada pelo esforço em 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. Esses indicadores são, de fato, relevantes para a gestão das unidades do serviço público de saúde. Mesmo assim, o fato de que apenas esses indicadores serem reconhecidos pela maioria dos gestores foi interpretado como consequência da cobrança das instâncias administrativamente superiores para que sejam produzidos resultados favoráveis quanto a essas informações, limitando o espaço para geração de outros indicadores de interesse local.

Os gestores entrevistados reconhecem como dificuldades e limitações para uma utilização mais efetiva das informações em saúde a lentidão dos sistemas; o número reduzido de profissionais; a falta de capacitação periódica; e a pouca integração entre os sistemas. 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.

Este estudo apontou utilização reduzida dos indicadores de saúde, um vetor contrário ao planejamento em saúde, pois a gestão das unidades locais demanda o contínuo reconhecimento das

necessidades de saúde da população adstrita. Qualquer política de saúde que se queira adotar deve estar fundamentada na análise das informações de saúde. A pouca utilização dessas informações como instrumentos de gestão e controle das unidades de saúde sinalizam dificuldades para imprimir rumos às intervenções em saúde coletiva. Nesse sentido, será preciso revalorizar os sistemas de informações em saúde para sermos capazes de direcionar as atividades de gestão, e com isso favorecer a qualidade dos serviços de saúde.

Referências

- ABOUZAHAR, C.; ADJEI, S.; KANCHANACHITRA, C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *The Lancet*, London, v. 369, n. 9566, p. 1039-1046, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2001.
- BRANCO, M. A. F. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 95-123, 1998.
- BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Brasília, DF, 2001. p. 163-169.
- BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Seção 1, p. 71.
- CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. *Sistema de Informações em Saúde para municípios*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 6).
- CASTIEL, L. D.; RIVIERA, F. J. U. Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 447-456, 1985.
- FIGUEIREDO, L. A. *Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da atenção primária à saúde na tomada de decisão*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.
- GUEDES, A. A. B. *A informação na atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GUIMARÃES, E. M. P. *Sistema de informação hospitalar: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais*. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MUTALE, W. et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. *BioMed Central Health Services Research*, London, v. 13, p. S9, 2013. Supplement 2.
- RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, DF: OPAS, 2008.

SCHUCH, C. *Análise de indicadores voltados à tomada de decisão gerencial: um comparativo entre a teoria e a prática*. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SILVA, A. S. da; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

STANSFIELD, S. K. et al. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC: World Bank, 2006.

TASCA, R.; GRECO, C.; DI VILLAROSA, F. N. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E. V. et al. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 267-310.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO'S framework for action*. Geneva, 2007.

Contribuição dos autores

Lima participou do delineamento do estudo, revisão da bibliográfica, levantamento, análise, discussão dos resultados e redação do artigo. Antunes participou do delineamento, discussão dos resultados, redação e revisão do artigo. Silva contribuiu na discussão dos resultados, redação e revisão do artigo.

Recebido: 01/07/2013

Reapresentado: 15/10/2013

Aprovado: 31/01/2014