

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Mestrado Profissional em Saúde Pública

SEVERINO CATÃO RODRIGUES

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE
ACESSO AOS DADOS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES
EM SAÚDE DISPONIBILIZADAS PELO DATASUS NA
SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

RECIFE
2010



SEVERINO CATÃO RODRIGUES

Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva
Co-orientadora: Profa. Dra. Ilara Hämmerli Sozzi Moraes

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R696a Rodrigues, Severino Catão.

Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos sistemas de informações em saúde disponibilizadas pelo Datasus na Secretaria de Saúde de Pernambuco/ Severino Catão Rodrigues. — Recife: S. C. Rodrigues, 2010.

78 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da Silva, co-orientadora: Ilara Hämmerli Sozzi Moraes.

1. Sistemas de informação – utilização. 2. Bases de Dados Estatísticos. 3. Disseminação de Informação. 4. Serviços de Informação. I. Silva, Maria Rejane Ferreira da. II. Moraes, Ilara Hämmerli Sozzi. III Título.

CDU 614.2

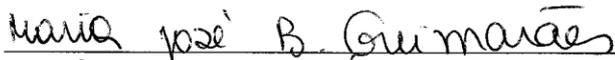
SEVERINO CATÃO RODRIGUES

**Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de
Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de
Pernambuco**

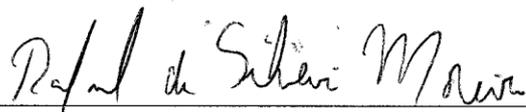
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do grau de
Mestre em Ciências.

Aprovado em 22 / 06 / 2010

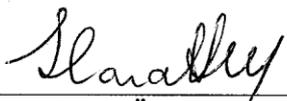
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. MARIA JOSÉ BEZERRA GUIMARÃES
Secretaria de Saúde de Pernambuco



Prof. Dr. RAFAEL DA SILVEIRA MOREIRA
CPqAM - FIOCRUZ



Profª. Dra. ILARA HÄMMERLI SOZZI MORAES
ENSP - FIOCRUZ

A Deus, à minha mãe e ao meu pai, eternos
exemplos de vida para a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela força interior proveniente do Espírito Santo, que me moveu nessa caminhada do mestrado e guia meus caminhos no dia a dia.

A minha mãe, Carminha, eterna batalhadora, pela educação moral e religiosa que me deu e pela eterna confiança depositada em mim durante toda a minha vida.

Ao meu pai, Luiz (*in memorian*), pelo exemplo de homem e de pai que deixou para seus filhos e pelo orgulho que, tenho certeza, do céu está sentindo por esse seu filho caçula.

Ao meu avô, Severino Catão (*in memorian*), pelo exemplo de religiosidade, caridade, e amor pela vida que demonstrou a todos nós durante seus 104 anos de uma verdadeira “Saga de um Severino”.

Aos meus irmãos, Dalila, Lula e Goretti, pelo companheirismo e admiração que têm por mim.

A minha esposa, Helena, pelo amor e pelo exemplo de garra e perseverança.

Aos meus filhos, Letícia e Lucas, razões da minha vida... simplesmente por existirem e serem prá mim, a maior demonstração do Amor de Deus na minha história de vida.

A Cláudio Duarte, por ter viabilizado a parceria entre a SES-PE e o CPqAM para a realização deste Mestrado Profissional, e por ter insistido na minha inscrição neste Mestrado.

Aos técnicos e gestores dos setores de Gestão de Pessoas e do Financeiro da SES-PE, por terem efetivado os contratos e pagamentos que permitiram o andamento e conclusão deste Mestrado.

Aos meus colegas da Gerência de Informação em Saúde da SES-PE, cuja colaboração e compreensão ajudaram a viabilizar a realização deste trabalho.

Aos meus gestores da SES-PE, Dr. João Lyra Neto, Dr. Fred Amâncio e Dr. Paulo Auto, pela compreensão nas minhas liberações e disponibilização de recursos para a realização deste trabalho.

À professora Rejane, por ter orientado meus passos no meu retorno à vida acadêmica, com tanta paciência e determinação. Muita força Rejane...

À professora Ilara Moraes, por ter aceitado me orientar, apesar da distância entre o Rio de Janeiro e o Recife, e pela dedicação e carinho no desempenho da orientação.

À professora Ana Brito, pela dedicação à nossa turma durante todo o curso.

Ao meu querido e inesquecível Ruy Pereira (*in memoriam*), pela recepção que me proporcionou na minha admissão na Fundação SESP em 1987, e que marca minha paixão pelo serviço público até hoje.

Aos servidores do CPqAM, pelos serviços prestados à nossa turma durante esses dois anos de curso.

Às professoras Alcieros Martins e Márcia Ribeiro, pelas orientações na formação do meu projeto para o processo seletivo deste Mestrado.

A todos meus colegas de turma do Mestrado Profissional, que tanto me inspiraram e incentivaram nessa caminhada.

A Ana Cláudia Callou, minha diretora preferida, pela força que me deu no começo desse Mestrado.

A cada um dos gerentes e coordenadores da SES-PE, que colaboraram com suas valiosas informações que embasaram este trabalho.

Ao meu querido primo e professor Adrualdo Catão (Dudu), pela inspiração e força durante o final da minha jornada.

A Maria José, pelos almoços deliciosos na casa da minha mãe, durante a fase de aulas teóricas.

A Igor, menino iluminado, pela luz que trouxe à minha casa nos dias em que eu estava concluindo esta dissertação.

*“Tudo é do Pai
Toda Honra e toda Glória
É Dele essa Vitória
Alcançada em minha vida!”*

RODRIGUES, Severino Catão. **Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho é analisar a utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde-SIS disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS-DATASUS por parte dos gerentes e coordenadores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES - PE. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, de natureza exploratória, a partir de um estudo de caso. A pesquisa foi dividida em duas fases. Na primeira fase foi aplicado um questionário estruturado com perguntas objetivas. A população entrevistada foi composta por todos os gerentes e coordenadores integrantes das Secretarias Executivas de Atenção à Saúde; de Coordenação Geral; de Regulação em Saúde; e de Vigilância em Saúde. A partir desse levantamento, foram identificados os gerentes e coordenadores e estes foram entrevistados na segunda parte da pesquisa. Para essa fase, devido às características do objeto de estudo, foi utilizada pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas que seguiram um roteiro e foram semi-estruturadas. A coleta de dados foi interrompida quando ocorreu a saturação de informação. Entrevistou-se 15 gerentes e coordenadores e a partir da análise narrativa de conteúdo criaram-se três categorias: Relação com os dados de saúde na rotina de trabalho; Conhecimento e Utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS e Uso dos dados dos SIS captados pelas ferramentas de acesso. Na sua rotina de trabalho, os gerentes e coordenadores solicitam levantamentos de dados a terceiros, porém também utilizam as ferramentas estudadas para acessá-los. As ferramentas mais utilizadas são o TABWIN, TABNET, Cadernos de Informação de Saúde, Indicadores de Dados Básicos e, por último o TABDOS. Existe uma necessidade de ampliar e redefinir os treinamentos nas ferramentas dentro da SES-PE. A utilização dos dados dos SIS levantados pelas ferramentas de acesso aos dados dos SIS tem influenciado diretamente na tomada de decisão e no planejamento das ações. A utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE vem sendo fortalecida e vem aumentando a qualidade na utilização da informação na gestão.

Palavras-chave: 1. Sistemas de informação – utilização. 2. Bases de Dados Estatísticos. 3. Disseminação de Informação. 4. Serviços de Informação.

RODRIGUES, Severino Catão. **Analysis of the use of tools for accessing data on Health Information Systems provided by DATASUS, in the Health Department of Pernambuco.** 2010. Dissertation (Master in Public Health) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The main objective is to analyze the use of tools for accessing data on Information Systems in Health-SIS provided by Health Department of the SUS-DATASUS by the managers and coordinators of the State Health Department of Pernambuco - SES – PE. To this end, a qualitative, quantitative and exploratory research was performed from a study of case. The research was divided into two phases. In the first phase a structured questionnaire with objective questions was implemented. The population surveyed consisted of all managers and coordinators, members of the Executive Secretaries of Health Care, of General Coordination, of Regulatory Health, and of Health Surveillance. From this survey, we identified the managers and engineers and these were interviewed in the second part of the research. For this phase, due to the characteristics of the object of study, we used qualitative research. Interviews were conducted that followed a script and were semi-structured. Data collection was blocked when saturation of information occurred. We interviewed 15 managers and coordinators and from the narrative analysis of content three categories were created: Relationship with health data in the routine of work; Knowledge and use of tools to access data from SIS and SIS Usage of data captured by the tools of access. In their everyday work, managers and coordinators requested survey data to third parties, but also used the studied tools to access them. The most commonly used tools are the TABWIN, TABNET, Health Information Notebooks, Indicators Data Base, and finally the TABDOS. There is a need to redefine and expand the training in the tools within the SES-PE. Using the SIS data, collected by the tools to access data from SIS has directly influenced decision-making and action planning. The use of tools of access to SIS data by managers and coordinators of SES-PE has been strengthened, and the quality is increasing in the use of information in management.

Key-words: informations systems, access, databases, information dissemination, use of information, health information.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
.DBF	Extensão de arquivo relativo a bases de dados
DOS	Sistema Operacional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
GERES	Gerência Regional de Saúde
GIS	Gerência de Informação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA	Instituto de pesquisa Econômica Aplicada
IS	Informações em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SEADE-SP	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – São Paulo
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SINASC	Sistemas Informações Sobre Nascidos Vivos

SINAN	Sistema de Agravos Notificáveis
SINTESE	Sistema Integrado de Tratamento Estatístico
SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SIS	Sistemas de Informações em Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas
SUS	Sistema Único de Saúde
TABDOS	Tabulador Genérico para o DOS
TABNET	Tabulador Genérico para a Internet
TABWIN	Tabulador Genérico para Windows
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	19
3 REFERÊNCIA TEÓRICO-CONCEITUAL	21
3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE	21
3.2 O DATASUS E AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL.	25
4 OBJETIVOS	30
4.1 OBJETIVO GERAL.....	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
5.1 TIPO DE ESTUDO	31
5.2 ÁREA DE ESTUDO	32
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	33
5.3.1 Primeira fase: Pesquisa quantitativa	33
5.3.2 Segunda fase: Pesquisa qualitativa	35
5.3.2.1 Entrevista.....	37
5.3.2.2 Categorização e análise narrativa de conteúdo.....	38
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
7 RESULTADOS	41
7.1 ESTUDO QUANTITATIVO	41
7.2 ESTUDO QUALITATIVO	44
7.2.1 Relação com os dados de saúde na rotina de trabalho	44
7.2.1.1 Formas de captação dos dados	44
7.2.1.2 Acesso a outras bases de dados	46
7.2.1.3 Discussão sobre os “guetos” de informação.....	47
7.2.2 Conhecimento e Utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS	47
7.2.2.1 Conhecimento e utilização do TABDOS	48
7.2.2.2 Conhecimento e utilização do TABWIN	49
7.2.2.3 Conhecimento e utilização do TABNET.....	50
7.2.2.4 Experiência com relação ao TABWIN e TABNET	51
7.2.2.5 Conhecimento e utilização dos Cadernos de Informação de Saúde	52
7.2.2.6 Conhecimento e utilização dos Indicadores de Dados Básicos (IDB)	52
7.2.2.7 Acesso às Bases de Dados através do SIS.....	53

7.2.2.8 Disponibilização dos dados dos SIS através da unidade “K” da rede de informática da SES-PE	53
7.2.2.9 Treinamento.....	54
7.2.3 Uso dos dados dos SIS captados pelas ferramentas de acesso	57
7.2.3.1 Importância dos dados captados nas decisões tomadas.	57
7.2.3.2 Preparação dos dados captados.....	59
8 DISCUSSÃO	61
9 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	74
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	75
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Questionário	76
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Entrevista	77
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	78

1 INTRODUÇÃO

Uma das principais ferramentas da informação é a comunicação. O processo de comunicação pode ser exposto a partir de diversos pontos de vista. Na saúde pública, ele está diretamente relacionado com a área decisória (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 1999)

A comunicação é um processo mediante o qual se transmitem mensagens (informações) para gerar conhecimentos para a tomada de decisões. A essência da comunicação é fazer se conhecer algo, de forma geral denominado informação, para poder influir e efetuar intencionalmente a composição ou funcionamento de um sistema. Seu objetivo é gerar respostas que podem ou não ser de mudanças. González de Gómez (1999, p.8) afirma que “a informação acontece nos sujeitos humanos como uma passagem ou movimento de um estado ou de uma base de conhecimento a um outro estado ou base de conhecimentos”, ou seja a informação deve gerar movimento na área de conhecimento dos seres humanos. Porém esse movimento pode gerar alterações de comportamentos, atitudes e decisões, ou simplesmente consolidá-los. Para que as informações atinjam esse objetivo de gerar respostas, elas devem circular de forma ordenada e com uma qualidade aceitável. (DE CARDENAS; JIMENEZ HERNANDEZ, 2007)

Nas últimas décadas, novas tecnologias vêm sendo desenvolvidas para esse fim, provocando uma revolução nos ambientes empresariais e até domésticos, alterando até mesmo os hábitos das pessoas (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004). Certamente, a produção crescente de informações e tecnologias para o respectivo processamento está entre as principais transformações vividas no mundo a partir da segunda metade do século XX (SILVA, 2005).

Um dos principais desafios colocados para a área de informação é fomentar um amplo processo político em torno da produção, disseminação e uso das informações, seja pela gestão da saúde, seja como subsídio para o exercício efetivo do controle social sobre as políticas públicas em andamento (GRUPO TÉCNICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E POPULAÇÃO, 2000). O acesso à informação possibilita ao cidadão uma participação ativa nas decisões do Estado na medida em que aumenta o seu senso crítico e seu conhecimento com relação às ações de governo e suas necessidades. Silva e Cruz (2007, p.684) afirmam que “o aparato que envolve a informação em saúde necessita estar a serviço dos sujeitos políticos; sendo assim, o acesso às informações precisa ser democratizado e as barreiras existentes,

superadas”, ampliando a capacidade de argumentação dos atores sociais nos processos de pactuação.

Sobre essa relação entre a informação e a população, De Cárdenas (2007) afirma que a questão central não deve ser qual é a melhor forma de levar as tecnologias de informação aos pobres, e sim qual a melhor forma de fazer com que os pobres obtenham vantagens das tecnologias da informação, para melhorar sua situação de vida.

O surgimento de novas tecnologias de informação e comunicação vem desencadeando o desenvolvimento de novas formas de geração, transmissão e utilização da informação e o consequente crescimento dessas, em volume e diversidade. Porém, se os respectivos usuários não forem capacitados no manuseio adequado desses novos instrumentos e recursos, é impossível conseguir êxito em relação ao uso eficiente dos mesmos para um acesso às informações necessárias (DE CARDENAS; JIMENEZ HERNANDEZ, 2007).

Os benefícios e possibilidades trazidos pelas tecnologias da informática às informações em saúde são evidenciadas por Moraes (2002, p.58), quando diz que: “As tecnologias oriundas da eletrônica e da informática, em relação às informações, abrem possibilidades imensas para seu uso e sua aplicação na área da saúde, com alcances inimagináveis”.

As estratégias de difusão da informação têm sido ampliadas a passos largos, porém a produção do saber, do conhecimento, do entender com relação às formas de acesso e aos “segredos” implícitos nas rotinas de trabalho dos “técnicos” que manuseiam as ferramentas informacionais, estão longe de ser realmente democratizadas, afastando dessa relação o sujeito que efetivamente vai fazer uso da informação (MORAES, 2002).

O poder que gira em torno da informação é evidente, porém Moraes (1993) esclarece que esse poder só se torna real quando ela informa o que é importante para quem de fato está decidindo, tornando a necessidade de divulgação “responsável” da informação uma condição básica para se “oxigenar” essa relação de poder real da informação.

Traçando um paralelo entre poder e valor da informação, Moraes (2002, p.58) diz que “por definição, a informação só adquire valor se utilizada pelo “receptor” para diminuir seu grau de incerteza”, ou seja o poder e o valor da informação estão diretamente ligados com a

sua disponibilização para o “usuário” final e a sua relação com as decisões e mudanças que podem surgir desse processo.

Para que essas decisões e mudanças possam ocorrer de forma ampla, as informações devem estar disponibilizadas para acesso sempre bastante facilitado nas respectivas fontes.

Na área da saúde, as principais fontes de informações existentes no Brasil são os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O acesso a tais informações é disponibilizado por aquele órgão de várias formas, inclusive por meio de ferramentas de tabulação de dados, de domínio público, acessíveis no sítio do DATASUS na internet (www.datasus.gov.br). Tais ferramentas são: o TABWIN (Tabulador Genérico para Windows) e o TABNET (Tabulador Genérico para a Internet). Existe ainda o TABDOS (Tabulador Genérico para o DOS), que encontra-se atualmente sem investimento de manutenção por parte do DATASUS devido, provavelmente à sua particularidade em trabalhar no antigo sistema operacional DOS. A implantação dessas ferramentas representou avanços de desempenho considerável pelo DATASUS a partir da década de 90, na medida em que não só disponibiliza dados a partir de tabulações, como também os apresenta em gráficos e mapas (BRASIL, 2009b).

Como acontece de forma rotineira na área de informática, o domínio dessas tecnologias vem, ao longo do tempo, sendo efetivado por grupos seletivos de técnicos que, por sua vez formam verdadeiros “guetos tecnológicos de poder” que centralizam as formas de disseminação das informações em saúde. Sobre essa perspectiva, Moraes e Gomez (2007, p.557) dizem que “A tematização da informação e informática em saúde torna-se uma “caixa preta”, sob o domínio de *experts* que imprimem uma racionalidade tecnocrática a questões de política pública: Política de Saúde e, como parte dessa, a Política de Informação e Informática em Saúde”.

Wacquant (2004, p.158) define gueto como “um produto e um instrumento de poder de um grupo”. Para ele, existem duas categorias relativas a um gueto: a dominante e a dominada. O objetivo da dominante é circunscrever e controlar a dominada. Para esta última, o gueto é um “recurso integrador e protetor”, visto que livra seus membros de um contato constante com os dominantes.

A forma de disseminação das informações em saúde no Brasil gera uma rotina clientelística de atendimento, facilitando um jogo cruel e desigual de interesses entre os que produzem as informações e os que dela necessitam (MORAES, 2002).

É papel das secretarias estaduais de saúde a divulgação e disseminação das informações em saúde no âmbito do estado. Esse envolvimento segue integralmente o que preconiza o próprio Regulamento do Pacto pela Vida, quando define como responsabilidade do Estado: “Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal” (BRASIL, 2006a, p.51).

Como a maioria dos SIS existentes na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foram desenvolvidos e são mantidos pelo Ministério da Saúde, com a participação direta do DATASUS, o trabalho de divulgação dessas informações fica bastante facilitado pelo uso das ferramentas de tabulação das bases de dados daquele órgão, TABWIN e TABNET. Porém, a realidade da rotina da SES na relação dos gerentes e coordenadores com as informações necessárias às decisões e planejamentos efetuados no dia a dia não foge da realidade apresentada por Moraes (1994) quando afirma que “vive-se um tempo em que a tecnologia das comunicações têm avançado a uma velocidade cega: mas aquilo que os profissionais de saúde devem dizer uns aos outros, amparados na tecnologia da informação, não mostra desenvolvimento comparável”, evidenciando uma defasagem, não só na utilização, como no acesso dos mesmos às informações existentes nos SIS disponíveis.

Na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), observa-se que, por um lado há “grupos de excelência” com domínio do acesso às informações em saúde e por outro, grupos de gerentes e coordenadores atuando em franca dependência dos primeiros, fato que ressalta uma forte relação de poder entre eles. Essa defasagem não reflete o esforço e consequente tentativa de aproximação tecnológica dessas ferramentas aos respectivos usuários, que vem sendo proporcionada pelo Ministério da Saúde / DATASUS.

O grande desafio centra-se então na aproximação dos “planejadores” e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) com as ferramentas de acesso às informações em saúde, visando o que Silva e Cruz (2007, p.685) definem como “tornar essas informações acessíveis aos usuários do SUS de maneira universal. Ou seja, não basta divulgar os dados pura e

simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer sujeito possa se apropriar do conhecimento”.

Nesse sentido, esta pesquisa analisou a utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponibilizadas pelo DATASUS por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE, investigando cada forma de acesso e o nível conhecimento desses atores em relação a tais ferramentas e levantando os problemas e dificuldades nesse manuseio. Analisou-se também o uso das informações em saúde captadas pelos gerentes e coordenadores da SES-PE por meio das ferramentas de acesso do DATASUS.

2. JUSTIFICATIVA

A evolução da tecnologia na área da informação vem tornando possível a aproximação do poder decisório das fontes de informação. Esse fato aperfeiçoa a qualidade e fidelidade das decisões tomadas em cada área, o que permite uma maior aproximação do acerto de ditas decisões.

Na área da informação em saúde essa evolução vem ocorrendo de forma bastante acentuada, principalmente nas duas últimas décadas, quando passou-se de um cenário onde o acesso aos dados processados pelos sistemas de informações em saúde era difícil e defasado em relação ao tempo e à tecnologia, para uma realidade de acesso rápido e fácil através de ferramentas com “interface” relativamente interativa.

Apesar da fragmentação verificada na organização e concepção dos sistemas de informações em saúde, é possível acessar a maioria dos dados sem necessidade de conhecimentos muito aprofundados na área da informática, esse fato propicia um aumento da possibilidade de democratização de acesso às informações.

Com todas as facilidades oferecidas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em relação às ferramentas do acesso aos dados dos SIS, alguns coordenadores, gerentes, gestores, acadêmicos, entre outros vêm utilizando amplamente tais ferramentas para o trabalho de levantamento de dados no seu dia a dia. Formaram-se então alguns “grupos de excelência” que se especializaram no manuseio dessas ferramentas, ao mesmo tempo em que a maioria dos atores da gestão da saúde se acomodaram na condição de simples “solicitadores” de levantamentos esporádicos de dados dos Sistemas de Informações em Saúde.

Essa realidade tem desvirtuado a verdadeira intenção do DATASUS no trabalho de desenvolvimento dos produtos de disponibilização dos dados dos Sistemas de Informações em Saúde - SIS, de modo que haja uma maior democratização desse acesso, permitindo à gestão um planejamento das ações em saúde mais próximo de atender as reais necessidades da população.

Por outro lado, a despeito deste problema, observa-se na literatura uma escassez de trabalhos relativos ao tema. Os poucos existentes são em sua maioria, de natureza quantitativa e abordam a utilização das informações já levantadas e tabuladas. Os resultados desses

trabalhos apontam para uma baixa utilização ou até uma utilização não qualificada das informações por parte dos gestores e dos atores do controle social.

Desta forma, justifica-se a realização deste estudo, visto que trata-se de uma abordagem qualitativa com a finalidade de analisar a etapa anterior à utilização das informações em saúde, ou seja, a utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS disponibilizadas pelo DATASUS por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE. Com isso pode-se identificar, a partir do conhecimento dos principais problemas e facilidades encontradas na utilização de tais ferramentas de acesso, a relação e influência desses com o nível de utilização das informações em saúde pelos gerentes e coordenadores da SES-PE.

As conclusões resultantes deste trabalho poderão ser utilizadas como balizadoras de políticas de treinamento, relacionamento, organização de bases de dados e formas de acesso às ferramentas de tabulação, relativos aos sistemas de informações em saúde em outras secretarias estaduais e até municipais de saúde no Brasil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Existem conceitos diversos para o termo informação, variando dos mais simples e fáceis de entendimento aos complexos que exigem um maior grau de reflexão para serem compreendidos e discutidos. Segundo Moraes (1994, p.36), não é por acaso a existência dessa diversidade de conceitos, pois ela “está a serviço de interesses ideológicos, políticos e econômicos que medeiam e subvencionam um certo ‘culto da informação’”.

A informação pode também ser definida como o dado que recebeu significado do homem através de convenções e representações. Essa informação por sua vez pode gerar uma decisão, à qual será atrelada uma ação (LIMA, 2006)

Eduardo (2001) nos mostra um conceito de informação que se diferencia do dado como uma etapa avançada e trabalhada do mesmo, na medida em que recebe do homem uma significação através de convenções e interpretações. Torna-se clara, então, a diferença entre esses dois elementos tão importantes na rotina do ser humano: a informação é o dado trabalhado, repensado, representado e analisado. Enfim, a informação é o dado em estado de movimento.

O conceito é ampliado quando vislumbramos a informação como um recurso imprescindível para o desenvolvimento social, político e econômico, tornando-se com isso a parte central das mudanças no sistema produtivo. A sua relevância é bastante evidenciada no processo de tomada de decisão, no planejamento e na aplicação de políticas (DE CARDENAS; JIMENEZ HERNANDEZ, 2007)

Brasil (1994, p.31) enfatiza a qualidade da informação como um direito de todos e dever do Estado, evidenciando que “o acesso à informação constitui um dos alicerces do projeto de conquistas sociais, de construção da cidadania”. Nesse sentido, Branco (2006, p.25) diz que:

A informação passa a ser enfocada como um conceito inerentemente relacional, uma correspondência entre o que é informado e quem é informado. Todos os componentes do processo de transmissão de informação devem estar organizados de forma a que o receptor: compreenda o seu significado; atribua-lhe eficácia como redutora de incerteza; considere-a relevante para seus objetivos; e reconheça-lhe utilidade para a ação.

Fica claro então que o acesso à informação, além de fazer parte da relação dos principais pilares da democracia, exige uma organização capaz de torná-lo um facilitador importante da relação da população com o poder decisório. Essa organização pode ser viabilizada através dos Sistemas de Informações que são desenvolvidos no intuito de trabalhar tais informações, coletando, processando e disponibilizando ao público-alvo por meio das diversas ferramentas de tecnologia da informação disponíveis no mercado. De forma mais ampla, sistemas de informações são, portanto, “instrumentos colocados a serviço de determinada política, sendo estruturados para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais” (MORAES, 1994, p.39).

Diversos autores têm evidenciado a importância da informação para o planejamento, execução, controle e avaliação das políticas de saúde, porém apesar da grande quantidade de informações disponíveis, a gestão não vem utilizando de forma satisfatória (BRANCO, 1998).

De forma mais abrangente, para conceituar informação em saúde, Moraes (2005, p.93) nos diz que:

Assim, conceitua-se ‘Informação em Saúde’ como sendo a gestão da informação que se origina no uso sistemático e intensivo de dados quantitativos e qualitativos e das tecnologias de informação, comunicação, computação e telecomunicação na formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde; na promoção da saúde; no planejamento, regulação, administração e provisão de serviços de saúde; no monitoramento, vigilância e análise da situação de saúde de populações e do ambiente; na avaliação dos serviços de saúde e no diagnóstico e tratamento de doenças.

Essa conceituação mostra a necessidade de um conhecimento e consequente utilização da informação em saúde por parte dos gestores e do próprio controle social, para o que encontramos alguns diagnósticos que realizam uma análise aprofundada, e apontam para uma realidade de baixo nível dessa utilização (ALMEIDA, 1992; BRASIL, 1994; BRANCO, 1995; CARVALHO, 1998; FERREIRA, 2005).

Essa escassa utilização das informações em saúde também se dá pela forte fragmentação dos Sistemas de Informações em Saúde, desde as concepções dos primeiros SIS e que não vêm mudando muito de realidade ao longo dos anos. Essa fragmentação dos SIS reflete a estrutura também fragmentada e dicotomizada do modelo assistencial brasileiro (BRASIL, 1994).

Tal fragmentação também é apresentada na medida em que podemos organizar os SIS nacionais em pelo menos dez áreas distintas: administração em saúde; assistência; regulação;

recursos humanos; saúde suplementar; orçamento e finanças; planejamento; vigilância sanitária; controle e avaliação e vigilância epidemiológica. Evidencia-se então um “esforço” de cada setor/órgão/agência por construir seu próprio sistema de informação e sua área de informática, fragilizando a identidade institucional, epistêmica e ação política de cada área (MORAES; GOMEZ, 2007).

Existem dois conceitos importantes de SIS que vale evidenciar nesse momento. Para o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Europa, SIS é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças. Moraes (1994) refere que, no entender da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), SIS é o conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde, unidades de informação em saúde) que atuam de forma integrada e que têm por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no sistema de serviços de saúde.

Ambas definições salientam os SIS atuando diretamente nos serviços de saúde, no processo decisório e no planejamento das ações em saúde. Porém, Guimarães; Évora (2004) amplia o foco na tomada de decisão quando enfatiza que o principal objetivo dos SIS é a busca da tomada de decisão correta, no melhor momento, com os atores apropriados a partir da informação adequada, com o menor custo.

Também não podemos perder de vista o objetivo maior da informação em saúde na sua essência, que é o de, não só ajudar na promoção da saúde da população, mas principalmente efetivar o que Moraes (2002, p.148) chama de “tecnodemocracia em todas as instâncias, ampliando o leque de participação de sujeitos informacionais que até então só são vistos como ‘o pólo receptor’ de uma informação que já vem filtrada pelo ‘olhar do produtor’”.

Podemos então concluir que a base para uma tomada de decisões e implementação de ações com base na real necessidade local e da população é um processo de gestão em saúde focado na alimentação constante e oportuna aos gestores de dados corretos sobre as condições de saúde e doença da população e as condições de atuação do sistema e serviços de saúde a partir de sistemas de informações (BRASIL, 2006b).

Para Barbosa (2002) estudar as formas e meios pelos quais gerentes e outros profissionais obtêm informações a respeito do ambiente externo de suas organizações é uma tarefa relevante, tanto do ponto de vista empresarial quanto acadêmico.

Porém, essa importância da informação no processo decisório da saúde tem formado grupos de “excelência” com relação ao domínio das ferramentas de manuseio e levantamento desses dados. O surgimento desses grupos forma um “poder” que se alimenta da exclusividade do saber e da dependência da maioria dos gestores que se acomodam na sua “inocência” tecnológica. Essa ideia é afirmada por Moraes (2002, p.94) quando diz que “essa concepção de disseminação promove um atendimento clientelístico, dando margem a que ocorra todo um jogo de interesses, com um tráfico de influência nefasto entre produtores de informação e aqueles que dela necessitam.”

As estratégias de difusão da informação são desenvolvidas a passos largos, porém não são acompanhadas por uma democratização das relações de poder e produção do saber, que permanecem centralizadas nas mãos dos que “entendem”, dos que “sabem”, dos “técnicos”, tornando o Estado brasileiro ainda não informacionalmente democrático (MORAES, 2002).

Segundo Branco (2006, p.151) “o maior desafio parece ser mesmo o de diminuir o abismo que separa os ‘infopobres’ dos ‘inforicos’[...]”, evidenciando que a diferença de investimento em educação e capacitação influi diretamente na capacidade dos habitantes ou trabalhadores de um país de “gerar e utilizar os conhecimentos e as inovações que caracterizam a Era da Informação.”.

Além desse obstáculo, existe uma resistência ao acesso às informações em saúde, seja simplesmente pelo escasso conhecimento da área da informática, seja pelo desinteresse em conhecer as informações profundamente, entre outras causas. Sobre essas limitações de entendimento, Branco (2006, p.124) faz as seguintes considerações:

[...] Os que atuam na área sabem da dificuldade dos próprios técnicos e especialistas em saúde em lidar com os distintos sistemas de informação do setor. Não é pouco frequente encontrar profissionais e gestores que desconhecem o acervo de dados proporcionado por esses sistemas, que não sabem como acessá-los, ou não entendem o que significam certos termos e variáveis utilizados e mesmo o conteúdo de alguns relatórios.

Para enfrentar essa situação, devem-se implementar ações que superem o uso das informações e respectivas tecnologias de acesso, e fomentar uma discussão mais aprofundada

das situações de saúde da população, envolvendo-as na eleição de prioridades, viabilizando uma mudança real na cultura do trato das informações, quebrando barreiras para a inclusão de novos indicadores, novas tecnologias e novos atores sociais na discussão na Política de Informação em Saúde ideal para o país (MORAES; SANTOS, 2001).

3.2 O DATASUS E AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL.

Antes da redemocratização do país poucas eram as iniciativas de disseminação de informações, restringiam-se às bases de dados com acesso limitado aos seus gestores e gabinetes de autoridades. A iniciativa nacional ocorrida em 1977, de padronização dos registros de óbitos (visando manter compatibilidade com outros países), e a necessidade de instrumentos que apoiassem o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) no planejamento e no controle da produção hospitalar, possibilitaram a coleta de dados que viabilizou as primeiras iniciativas nacionais de disseminação de informações em saúde (BRASIL, 2009a).

Até 1990 o órgão responsável pela disseminação dessas informações em saúde era a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), que tendo como principal aplicativo disseminador de informações o Sistema Integrado de Tratamento Estatístico (SÍNTESE), que permitia a contextualização dos dados e a comparabilidade dos dados financeiros ao longo do tempo (BRASIL, 2009a).

O DATASUS surgiu de forma concomitante com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que foi instituída pelo Decreto 100 de 16 de abril de 1991, publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 17 de abril de 1991 e retificado conforme publicado no DOU de 19 de abril de 1991 (BRASIL, 2002). Esse decreto transferiu para o DATASUS a função da DATAPREV específica de controle e processamento das contas referentes ao setor saúde.

O corpo técnico do DATASUS passou a ser composto por técnicos originários da DATAPREV, SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde e da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). No início de suas atividades o DATASUS processava, de forma

centralizada, os sistemas de informações ambulatoriais (SIA) e hospitalares (SIH), os Sistemas de Nascidos Vivos (SINASC), Agravos de Notificação (SINAN) e de Mortalidade (SIM), além de sistemas administrativos (BRASIL, 2002).

A filosofia de divulgação dos dados existentes nos Sistemas de Informações em Saúde chega ao DATASUS, entre outros, com os técnicos da FSESP que desde 1987 trabalhavam baseados nos princípios básicos que norteavam a política de informação da instituição (FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, 1987), entre eles: “Todos os dados e informações coletados e processados pela FSESP deveriam ser amplamente divulgados e colocados permanentemente à disposição de todos os interessados, sem restrição de qualquer tipo, exceto as referentes à preservação da privacidade individual” (BRANCO, 2006, p.99).

A vinculação do DATASUS à estrutura da FUNASA limitava politicamente a expansão de suas atividades, tanto na área tecnológica como administrativa. Em 1998 o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para viabilizar a transferência do DATASUS para a administração direta, no Ministério da Saúde. Através de Decreto Num. 4.194 de 11 de abril de 2002, criou-se uma nova estrutura organizacional para o DATASUS vinculando-o diretamente ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2002, p.8-9), as competências definidas para o DATASUS pelo referido decreto são as seguintes:

- a) fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos do Ministério;
- b) desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias à área de saúde;
- c) definir padrões, diretrizes, normas e procedimentos para a transferência de informações e contratação de bens e serviços de informática no âmbito dos órgãos e entidades do Ministério;
- d) definir padrões para a captação e transferência de informações em saúde, visando à integração operacional das bases de dados e dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito do SUS;
- e) manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;
- f) assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério;
- g) definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologias de informação e informática em saúde;
- h) apoiar Estados, Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS; e
- i) coordenar a implementação do sistema nacional de informação em saúde, nos termos da legislação vigente.

O DATASUS recebeu tais competências, porém encontrou uma estrutura no Ministério da Saúde de “ilhas de informática” que trabalhavam de forma isolada, sem padronização, tendo como consequência o desenvolvimento de sistemas fragmentados e sem uma manutenção adequada (BRASIL, 2002).

Apesar dessas dificuldades, Brasil (2002) nos mostra que o DATASUS tem viabilizado a política de disponibilização das informações em saúde, através de parcerias junto a outros órgãos como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a OPAS e a OMS, gerando produtos como:

- a) Os Cadernos de Informação de Saúde, que têm como principal característica reunir num só elemento, informações distintas, provenientes de diversas fontes, e apresentá-las já na forma de indicadores de saúde, permitindo comparações e análises;
- b) Softwares de tabulações: TABDOS, TABWIN e TABNET, que permitem ao usuário, a partir de arquivos .DBF delinear, por exemplo, o perfil de morbimortalidade da população assistida pelo SUS;
- c) Anuário de Saúde no Brasil;
- d) Indicadores de Dados Básicos/Rede Interagencial de Informações para a Saúde – IDB/RIPSA;
- e) Site do DATASUS, onde se disponibiliza, entre outros: tabulações dos dados dos diversos sistemas de informações em saúde (ambulatoriais, cadastro nacional, epidemiológicos, financeiros, hospitalares, eventos vitais).

Todas essas ferramentas e facilidades apresentadas pelo DATASUS devem ser amplamente divulgadas e apreendidas por coordenadores, gerentes, gestores, acadêmicos e população em geral, pois segundo Moraes (2002, p.91) ,“Em uma sociedade como a brasileira, na qual o processo de construção da democracia ainda permanece em contínuo devir, é condição *sine qua non* a definição da informação como um dever do Estado, e como um direito enquanto demanda de cidadania”.

Porém, o DATASUS não conseguiria desempenhar sozinho a missão que lhe foi atribuída em 1988 pelo Ministério da Saúde, de implantar o Sistema Nacional de Informações

em Saúde definido anteriormente pelo artigo 47 da Lei n^o 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), e ainda produzir e divulgar informações, para os gestores nacionais, segundo critérios comuns. Baseados nessa limitação, o Ministério da Saúde e a OPAS acordaram em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde no Brasil. Essa estratégia culminou na criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), estruturada por grupo de trabalho constituído pelas principais estruturas do Ministério da Saúde, a OPAS e instituições-chave da política de informações em saúde no país (IBGE, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Faculdade de Saúde Pública da USP, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Instituto de pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE – SP) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

A RIPSA foi formalizada em 1996, através de Portaria Ministerial (BRASIL, 1996) e Termo de Cooperação com a OPAS/OMS (BRASIL, 2000). e se baseia “na viabilização de parcerias entre entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados, objetivando sistematizar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências” (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. 2008, p.15). Tal importância é evidenciada por Branco (2006, p.174) quando fala da RIPSA como “um importante espaço coletivo de reflexão e recomendação de ações técnicas para o aperfeiçoamento da produção de informações em saúde.”

A forma de trabalho da RIPSA influi positivamente não só no processo decisório como também no controle social, na medida em que sistematiza informações importantes sobre a saúde e seus determinantes (sociais, econômicos e ambientais) para o uso na formulação, gestão e avaliação das ações em saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. 2008). Esse enfoque responde ao pensamento de Moraes (2002) quando enfatiza que é importante a conscientização por parte da população de que as bases de informação não são propriedade do governo, mas da sociedade que deve ter o direito de possuir seus representantes participando das decisões de gestão.

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco encontra-se em processo de solicitação de inclusão no modelo RIPSA, visando o aproveitamento de todas as vantagens metodológicas do processo. Para tanto, vem promovendo seminários no intuito de efetivar

uma integração interna objetivando um início de processo na forma de analisar e divulgar informações em saúde nos padrões RIPSA.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS disponibilizadas pelo DATASUS por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar as formas de acesso que gerentes e coordenadores da SES-PE utilizam para captar dados dos SIS;
- b) Analisar o conhecimento dos gerentes e coordenadores da SES-PE com relação às diferentes ferramentas de acesso aos dados dos SIS, disponibilizadas pelo DATASUS;
- c) Identificar os principais problemas e facilidades encontradas pelos gerentes e coordenadores da SES-PE na utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS disponibilizadas pelo DATASUS;
- d) Analisar o uso das informações em saúde por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE, a partir das ferramentas de acesso do DATASUS.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso, devido às suas características de estudo individualizado e descritivo com a finalidade de identificar questões relevantes com relação ao seu objeto.

A pesquisa ocorreu em duas fases. Na primeira fase foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE A) a todos os gerentes e coordenadores das seguintes Secretarias Executivas da SES-PE: de Atenção à Saúde; de Coordenação Geral; de Regulação em Saúde; e de Vigilância em Saúde, totalizando 128 atores, visando formar um grupo de informações que serviu de base para a escolha dos gerentes e coordenadores que foram entrevistados na segunda fase.

Para a segunda fase, devido às características do objeto de estudo, foi utilizada pesquisa qualitativa e tipo de estudo interpretativo-explicativo que tem o objetivo de descrever e interpretar o objeto de estudo e buscar explicações teóricas de como interagem as causas para a produção do fenômeno (SANTOS, 2006).

Para Goldenberg (1998) o estudo de caso é a forma mais completa de descrever o quão complexo é um caso concreto, por meio de técnicas diversas de pesquisa, e consegue uma penetração na realidade social através de um mergulho profundo em um objeto delimitado, fato não alcançado pela análise estatística.

A pesquisa qualitativa leva em consideração que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo intenso entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser resumido em números. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente.

Para este estudo foi necessário conhecer problemáticas e questões apenas elucidadas a partir da experiência dos atores envolvidos, além de captar as múltiplas realidades existentes na relação entre esses atores e as ferramentas de acesso aos dados do DATASUS, buscando também compreender a complexidade e significados da experiência existente nessa relação.

Para tanto, os dados coletados foram descritivos, a partir de palavras e condutas observadas das pessoas sujeitos da investigação.

Para responder às questões apresentadas, a abordagem qualitativa se apresenta como a solução mais apropriada, na medida em que permite investigar a existência de múltiplas realidades que desencadeiam uma infinidade de conhecimentos, dentro de um processo indutivo onde é possível a obtenção de resultados inesperados, desenvolvendo-se a teoria e as conclusões do problema a partir dos dados coletados (SILVA; NAVARRETE, 2006).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO,1996).

Silva e Navarrete (2006) reforçam a importância do foco da pesquisa qualitativa nas experiências do indivíduo em seu meio. Salienta que o paradigma naturalista qualitativo define que nas disciplinas de âmbito social existem diferentes problemáticas de questões e restrições que não se podem explicar nem compreender em toda a sua extensão sem considerar a própria existência do indivíduo.

5.2 ÁREA DE ESTUDO

A área de estudo foi a sede da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, situada à Praça Osvaldo Cruz, s/n no bairro da Boa Vista, na cidade do Recife, capital de Pernambuco.

Pernambuco localiza-se na área centro-leste da Região Nordeste do Brasil. Possui uma área de 98.938 km², que se distribui em um relevo dividido em Planície Litorânea, Planalto Central e Depressões a Oeste e a Leste. É formado por 184 municípios e o território de Fernando de Noronha, tendo como capital o município do Recife. Pernambuco tem uma população, estimada em 2009, de 8.810.318 habitantes, dos quais 4.266.933 homens e 4.543.385 mulheres, e apresenta uma densidade demográfica de 89,05 hab/km² (PERNAMBUCO, 2009)

Atualmente a SES-PE possui seis Secretarias Executivas: de Coordenação Geral (SECG); de Administração e Finanças (SEAF); de Atenção à Saúde (SEAS); de Gestão do

Trabalho e Educação em Saúde (SEGT); de Vigilância em Saúde (SEVS) e de Regulação em Saúde (SERS) (PERNAMBUCO, 2009a).

Do ponto de vista da divisão político-administrativa na área da saúde, Pernambuco possui 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), cujas sedes são localizadas nos seguintes municípios: I GERES – Recife, II GERES – Limoeiro, III GERES – Palmares, IV GERES – Caruaru, V GERES – Garanhuns, VI GERES – Arcoverde, VII GERES – Salgueiro, VIII GERES – Petrolina, IX GERES – Ouricuri, X GERES – Afogados da Ingazeira, XI GERES – Serra Talhada (PERNAMBUCO, 2009a).

Na sede da SES-PE encontra-se uma rede interligada de computadores, em cujo servidor são armazenados os arquivos que contêm as bases de dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizados pelo DATASUS, o que as tornam disponíveis para acesso através das respectivas ferramentas de tabulação em todos os setores da SES-PE.

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

5.3.1 Primeira fase: Pesquisa quantitativa

Para a primeira parte da pesquisa, ou seja, para a abordagem quantitativa, realizada entre setembro/2009 a março/2010, foram convidados a responder o questionário (APÊNDICE A) todos os gerentes e coordenadores das seguintes Secretarias Executivas da SES-PE: de Atenção à Saúde; de Coordenação Geral; de Regulação em Saúde; e de Vigilância em Saúde, totalizando 128 atores. Desses, 115 efetivamente responderam o questionário, resultando numa amostra representativa do universo conferindo significância de 95% e erro amostral de 3%.

Após a aplicação do instrumento de coleta, as entrevistas foram inseridas em banco de dados construído na plataforma Epi Info versão 3.5.1. Também foi usado o mesmo software para fazer as análises de frequência.

O questionário (APÊNDICE A) foi elaborado no sentido de investigar o nível de conhecimento e utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS, por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE. Com isso, formou-se uma base para um dos critérios de escolha dos potenciais sujeitos do estudo qualitativo.

Para a classificação desses potenciais sujeitos, o autor elaborou um critério de pontuação que enquadrou os gerentes e coordenadores da SES-PE que fizeram parte da pesquisa, em três níveis de conhecimento e utilização das ferramentas: baixo, médio e alto.

Os critérios para classificação dos referidos níveis são os seguintes:

- a) Cada resposta “sim” recebeu a pontuação 1(hum), e cada resposta “não” recebeu a pontuação -1(menos hum);
- b) Cada ferramenta teve um peso diferenciado que foi multiplicado pela pontuação (sim=1/não=-1) para totalizar no final a pontuação ponderada de cada ferramenta;
- c) Os pesos de cada ferramenta foram os seguintes: Tabdos (peso 1), Tabwin (peso 2), Tabnet (peso 2), Cadernos de Informação de Saúde (Peso1), Indicadores de Dados Básicos (Peso 1). Como não foi encontrado na literatura nenhum padrão que atribua pesos a tais ferramentas, esses pesos foram distribuídos de acordo com a importância e quantidade de dados que cada ferramenta oferece, na visão do pesquisador;
- d) Os resultados possíveis foram obtidos após a multiplicação dos valores sim(1) e não(-1), pelos respectivos pesos de cada ferramenta (1 e 2). Dessa forma, os resultados possíveis de serem alcançados serão: -7, -5, -3, -1, 1, 3, 5 e 7;
- e) Foram então classificados os níveis de conhecimento e de utilização das ferramentas, a partir do seguinte padrão:
 - a. Baixo = -7, -5 e -3;
 - b. Médio = -1 e 1
 - c. Alto = 3, 5 e 7

Para responder sobre o conhecimento de cada ferramenta, o entrevistado foi orientado a informar se “sabia da existência” ou “já tinha escutado falar” acerca de cada ferramenta de acesso aos dados do DATASUS, listadas no questionário.

Com relação à utilização, orientamos o entrevistado a informar se estava “fazendo uso” na sua rotina de trabalho de cada ferramenta de interesse ao estudo.

5.3.2 Segunda fase: Pesquisa qualitativa

Para a segunda parte da pesquisa, ou seja, para a abordagem qualitativa, foram selecionados gerentes e coordenadores que estiverem exercendo a função na SES-PE há pelo menos 1 ano. Também foram selecionados de acordo com a conveniência de tempo e disponibilidade dos mesmos de participarem da pesquisa, bem como a partir dos resultados obtidos no levantamento de informações captadas na primeira fase da pesquisa, através do questionário estruturado (APÊNDICE A), de forma que foram entrevistados atores relacionados aos três níveis de utilização e conhecimento das ferramentas de acesso aos dados disponibilizados pelo DATASUS (baixo, médio e alto).

Santos (2006) enfatiza dois critérios que devem ser considerados no desenho amostral de uma pesquisa qualitativa: a pertinência-conveniência da amostra e sua suficiência. O primeiro critério leva em conta a qualidade da informação na medida em que se preocupa, por exemplo, se os participantes ou contextos selecionados são os que melhor podem explicar o fenômeno estudado. O segundo critério leva em conta a quantidade da informação que está diretamente ligada à obtenção de informações suficientes para se alcançar os objetivos do estudo.

Sobre tais aspectos Goldenberg (1998) destaca que as pessoas que devem ser entrevistadas devem ser aquelas que mais conhecem sobre o tema estudado, ou seja que têm maior credibilidade em relação a outras. Porém, não deve se limitar apenas nestas, mas ouvir também quem nunca é ouvido, fazendo-se com isso uma inversão de credibilidade.

Foram entrevistadas quinze pessoas, divididas entre oito gerentes e sete coordenadores da Secretaria Estadual de Saúde. Visando conseguir uma abrangência generalizada das experiências com as ferramentas de acesso aos dados dos SIS do DATASUS, os entrevistados foram escolhidos atendendo dois critérios.

O primeiro critério foi o de disponibilidade e vontade das pessoas de participarem da pesquisa, visando tornar a entrevista uma atividade agradável tendo como consequência informações com bom nível de qualidade.

O segundo critério foi relacionado com níveis de conhecimento e utilização das ferramentas disponibilizadas pelo DATASUS. Para tanto nos baseamos nos resultados da classificação atribuída a cada elemento pesquisado no enfoque quantitativo desta pesquisa.

Não se enquadraram no perfil desejado para participarem da entrevista, os gerentes e coordenadores com baixo nível de conhecimento e utilização das ferramentas.

A prioridade de inclusão para a entrevista foi para os gerentes e coordenadores classificados com alto nível de conhecimento e utilização das ferramentas. Seguiu-se então as escolhas dos outros entrevistados dividindo-se entre as demais classificações.

Baseados nos dois critérios descritos, foram escolhidas 7 pessoas com altos níveis de conhecimento e utilização, 1 com alto nível de conhecimento e médio nível de utilização, 3 com alto nível de conhecimento e baixo de utilização, 2 com médio nível de conhecimento e de utilização, e 2 com médio nível de conhecimento e baixo de utilização.

Com tais critério, os entrevistados ficaram divididos, de acordo com a lotação nas Secretarias Executivas, da seguinte forma: 4 são da SERS, 3 da SECG, 6 da SEAS e 2 da SEVS.

As categorias inicialmente criadas foram: Relação com os dados de saúde na rotina de trabalho; Conhecimento e Utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS; Uso dos dados dos SIS captados pelas ferramentas de acesso do DATASUS.

A pesquisa ocorreu no período de outubro/2009 a abril/2010.

5.3.2.1 Entrevista

Na segunda fase da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais com os gerentes e coordenadores da SES-PE a fim de coletar as informações necessárias ao estudo. Gil (1995) define entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. Perez e Navarrete (2006a) enfatizam que as entrevistas são utilizadas para se obter informações aprofundadas sobre atitudes, valores e opiniões relativas ao problema.

As entrevistas seguiram um roteiro e foram semi-estruturadas, forma que combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Para Perez e Navarrete (2006a) estão entre as vantagens da entrevista individual: flexibilidade; possibilidade de observação de pessoas; informações mais completas; maior aprofundamento e diversidade. Com relação às desvantagens surgem: possíveis erros no caso de falta de experiência dos entrevistadores; lentidão no procedimento; possibilidade de alto custo; amostras menores.

Nesta pesquisa o entrevistador foi o próprio pesquisador, devido à sua experiência na área de informações em saúde e a sua posição de parceiro dos gerentes e coordenadores na tarefa de buscar melhores formas de acesso às informações do SIS do DATASUS.

A entrevista foi guiada por um roteiro de perguntas para o entrevistador não se desviar dos objetivos no decorrer do processo e conduzir o entrevistado às questões pertinentes. Pope e Mays (2005) definem a entrevista semi-estruturada como o tipo de procedimento baseado numa estrutura inicial que serve de base para possíveis divergências entre entrevistador e entrevistado a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes. Perez e Navarrete (2006a) destaca que o roteiro é útil para que a conversação se ajuste aos objetivos e temas investigados e não se omitam aspectos importantes.

Um roteiro de entrevista deve conter poucas questões. Deve ser um instrumento para guiar uma “conversa com afinidade” definida como a entrevista, abrindo caminho para um aprofundamento da comunicação, servindo assim como um guia e nunca um obstáculo (MINAYO, 1996)

As perguntas que serviram de guia para colher os aspectos a serem explorados, fazem parte de um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas foram gravadas em equipamentos de áudio e posteriormente transcritas. Essa técnica permitiu a fidelidade das respostas e maior liberdade entre entrevistador e entrevistado. Flick (2004) refere que o uso de equipamentos para gravação permite uma independência da documentação de dados com relação às perspectivas do pesquisador e dos sujeitos em estudo. A finalidade da gravação foi informada ao entrevistado, e empreendeu-se um esforço para que ele simplesmente esquecesse do gravador e que a conversa se desse naturalmente.

Além da gravação também foram anotadas observações captadas pelo entrevistador, como expressões faciais, reações e demais considerações referentes ao entrevistado durante o processo. De acordo com Perez e Navarrete (2006a, p.58) “se aconselha registrar também manualmente as respostas dos entrevistados, assim como as observações do entrevistador ao final da entrevista, descrevendo a maneira como transcorreu o processo e outros aspectos que podem complementar a informação obtida”.

Para tanto, as anotações foram realizadas imediatamente após o contato, evitando também os vieses de memória do entrevistador. Ao término das anotações, o entrevistador leu a sua íntegra para o entrevistado, a fim de que ambos possam comentar o conteúdo das mesmas (PEREZ; NAVARRETE, 2006a).

5.3.2.2 Categorização e análise narrativa de conteúdo

Os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas foram analisados seguindo-se a lógica de análise de dados qualitativos.

A análise de dados em estudos qualitativos “[...]é um processo sistemático, rigoroso e criativo que consiste em classificar, reduzir, comparar e dar significado aos dados obtidos” (PEREZ; NAVARRETE, 2006b, p.97).

O investigador assume um papel bastante ativo durante toda a pesquisa qualitativa, desde a coleta dos dados até a análise dos mesmos. O processo é cíclico e iterativo, fazendo

com que a fase de análise dos dados não seja necessariamente a última fase da investigação, pois em várias ocasiões será necessário o retorno aos dados para analisá-los e realimentar o processo.

A técnica da categorização foi utilizada em combinação com a análise narrativa de conteúdo, que se trata de uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de qualquer documento, principalmente documentos escritos. Tal técnica se baseia em repetição de leituras dos dados coletados até se conseguir a compreensão e a identificação ordenada da informação, facilitando a análise, quer dizer “[...] se busca eleger e ordenar a informação que é significativa para os participantes e para os objetivos do estudo” (PEREZ; NAVARRETE, 2006b, p.101).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram obedecidos os princípios da bioética registrados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o questionário da parte qualitativa da pesquisa foi oferecido antes da aplicação do mesmo, e só foi iniciado depois do termo lido e assinado pelo entrevistado (APÊNDICE C).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a parte qualitativa da pesquisa foi oferecido antes da realização da entrevista, que só foi realizada depois do termo lido e assinado pelo entrevistado (APÊNDICE D).

A entrevista só foi iniciada após ser informado ao entrevistado que a mesma iria ser gravada, e tal ato ser autorizado pelo mesmo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do CPqAM, tendo sido aprovado, e tem sido garantido pelo pesquisador, o total sigilo e anonimato dos dados coletados e trabalhados.

7 RESULTADOS

Na apresentação dos resultados, inicialmente faremos a descrição do **estudo quantitativo**, e posteriormente do **estudo qualitativo**.

7.1 ESTUDO QUANTITATIVO

A distribuição dos entrevistados entre as Secretarias Executivas está demonstrada na **Tabela 1**, onde observamos que 37,4% das pessoas que responderam o questionário eram da SEVS, 29,6% da SEAS, 18,3% da SERS e 14,8% da SECG. Este resultado corrobora a proporcionalidade da distribuição dos cargos nessas mesmas secretarias, ou seja, 35,2%, 21,9%, 14,1% e 28,9%, respectivamente, segundo o organograma da SES-PE.

Tabela 1 - Distribuição dos Entrevistados por Secretaria Executiva

Secretaria Executiva	Entrevistados	%
SEVS	43	37,4%
SEAS	34	29,6%
SERS	21	18,3%
SECG	17	14,8%
Total	115	100,0%

Após aplicados os critérios de classificação dos entrevistados segundo nível de conhecimento e de utilização de cada ferramenta, a Tabela 2 demonstra que 60,9% possuem alto nível de conhecimento, 14,8% nível médio e 24,4% baixo nível.

Dos que possuem alto nível de conhecimento, 48,6% também apresentaram alto nível de utilização das ferramentas, enquanto que 17,1% nível médio, e 34,3% baixo nível. Já dentre os entrevistados classificados no padrão de nível médio de conhecimento, 35,3% foram

classificados como nível médio de utilização e 65% baixo nível de utilização. Quando analisamos os entrevistados que apresentaram baixo nível de conhecimento das ferramentas, todos também possuem baixo nível de utilização. Ao nível de significância de 5%, não se percebe diferença entre os três níveis de utilização para os classificados tanto no alto quanto no nível médio de conhecimento.

Tabela 2 - Distribuição do Nível de Conhecimento X Nível de Utilização das Ferramentas por parte dos Entrevistados

Nível de conhecimento	Freq %	Nível de utilização	Fre.abs	Freq %	IC 95%
Alto	60,9	Alto	34	48,6%	34,1 < p < 63,0
		Médio	12	17,1%	4,8 < p < 29,5
		Baixo	24	34,3%	15,3 < p < 53,3
Médio	14,8	Alto	-	-	-
		Médio	6	35,3%	12,6 < p < 58,0
		Baixo	11	64,7%	36,5 < p < 92,9
Baixo	24,4	Alto	-	-	-
		Médio	-	-	-
		Baixo	28	100,0%	-

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos entrevistados com relação ao conhecimento e utilização de cada ferramenta. Nela constatamos que as ferramentas mais conhecidas pelos entrevistados é o TABWIN (77%) e o Cadernos de Informação de Saúde (CIS) (74%), seguidos pelo TABNET (65%) e Indicadores de Dados Básicos (IDB) (64%), enquanto que o TABDOS é a ferramenta menos conhecida pelos entrevistados.

Com relação à utilização, temos os seguintes percentuais: o CIS tem 60%, seguido pelo TABWIN com 46,1%, IDB com 44,3%, TABNET com 38,3% e por último o TABDOS com 9,6%. Analisando-se a relação Conhece/Utiliza as ferramentas, a maior proporção (81,19%) é verificada para o CIS, seguindo-se uma inversão da análise anterior quanto à utilização, com o IDB ocupando a segunda posição (68,89%), seguindo do TabWIN (59,56%), do TabNET (58,74%) e do TabDOS (25,06%), como a ferramenta menos utilizada.

Tabela 3 - Distribuição dos 115 Entrevistados por Conhecimento e Utilização das Ferramentas

Ferramentas	Conhece		Utiliza		Relação Conhece/Utiliza
TabWIN	89	77,40%	53	46,10%	59,55%
CIS	85	73,90%	69	60,00%	81,19%
Tabnet	75	65,20%	44	38,30%	58,74%
IDB	74	64,30%	51	44,30%	68,89%
TabDOS	44	38,30%	11	9,60%	25,06%

7.2 ESTUDO QUALITATIVO

A partir dos objetivos e das temáticas desse estudo foram criadas três categorias: **Relação com os dados de saúde na rotina de trabalho; Conhecimento e Utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS e Uso dos dados dos SIS captados pelas ferramentas de acesso.**

7.2.1 Relação com os dados de saúde na rotina de trabalho

Neste tópico analisamos as formas de acesso que gerentes e coordenadores da SES-PE utilizam para captar dados de saúde em sua rotina de trabalho.

Da análise dos resultados, emergiram para a categoria **Relação com os dados de saúde na rotina de trabalho** as subcategorias: **Formas de captação dos dados; Acesso a outras bases de dados, e Discussão sobre os “guetos” de informação**

7.2.1.1 Formas de captação dos dados

Foram identificadas várias formas de captação dos dados dos SIS por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE. Uma fração **depende de ação de terceiros**, outra **levanta seus próprios dados** utilizando as ferramentas aqui estudadas, e por último existem os que **captam tais dados diretamente dos SIS**.

Os gerentes e coordenadores da SES-PE que conseguem os dados de saúde para serem trabalhados, exclusivamente solicitando o levantamento dos mesmos a terceiros, representam uma minoria entre os entrevistados. Essa dependência advém de causas como a acomodação com a situação e a dificuldade com o manuseio da informática.

A gente sempre depende de outros setores, não consegue trabalhar direto com a ferramenta, até pela demanda é mais fácil solicitar (Informação verbal)¹.

[...] mas há sim uma tradição dentro da Secretaria de Saúde de pedir, de solicitar a uma determinada área, que é pedir esses dados pelo menos a base de dados pronta (Informação verbal)².

Eu conheço, mas eu não consigo manusear nenhuma delas, né, eu conheço eu sei que existem e eu sei da utilidade, mas eu preciso de vocês da GIS (Informação verbal)³.

Segundo um dos entrevistados, o trabalho em equipe, unido à colaboração mútua, desempenham um papel importante na condução dos trabalhos com os dados de saúde na rotina de trabalho dos entrevistados.

Eu particularmente tenho muita dificuldade em informática. Eu não gosto muito, a entrevista é comigo eu tenho que ser sincero. Mas assim isso não é empecilho porque a minha equipe é uma equipe que tem acesso a isso e a gente quando vai discutir a gente discute junto, eu não tenho problema de colega não ter acesso a isso e não saber utilizar, eu não gosto de informática e tenho uma certa dificuldade, mas assim não por isso que o trabalho não deve ser feito, a gente trabalha junto. É um grupo trabalha em equipe então isso não é problema (Informação verbal)⁴.

A maioria dos entrevistados executa seu próprio levantamento através de alguma ferramenta. Porém eles não deixam de também solicitar a terceiros esses mesmos levantamentos, de acordo com o tempo e conveniência na ocasião da necessidade.

Eu consigo de várias formas, na verdade às vezes eu solicito ao pessoal do planejamento ao pessoal de sistema de informação ou solicito a vigilância epidemiológica. Mas muitas vezes sou eu mesma que vou no banco de dados, vou lá mexer no SIM no DATASUS e vou recolhendo os dados que eu preciso. Às vezes é pela agilidade, eu preciso de uma coisa pra ontem e estou com tempo então eu mesma entro no banco de dados e verifico (Informação verbal)⁵.

A nossa rotina principal é a execução dos dados, mas a gente também solicita os levantamentos, quer dizer, uma maioria são solicitados pra gente e eu solicito aos demais operadores pra poder a gente conseguir concluir esse processo (Informação verbal)⁶.

¹ Fala do entrevistado G011

² Fala do entrevistado G002

³ Fala do entrevistado G003

⁴ Fala do entrevistado C015

⁵ Fala do entrevistado C008

⁶ Fala do entrevistado G005

7.2.1.2 Acesso a outras bases de dados

As bases de dados assistenciais (SIA, SIH, SCNES e SIAB) são as mais acessadas pelos entrevistados, seguidas das bases epidemiológicas (SIM, SINASC e SINAN). Isso se dá devido à distribuição dos entrevistados entre as secretarias executivas.

Ao que parece, o conhecimento da ferramenta de acesso já facilita o contato com todos os SIS disponíveis, visto que alguns entrevistados demonstraram facilidade no trato com bases de dados que não acessam rotineiramente.

Apesar de trabalhar com dados assistenciais, consigo acessar as bases epidemiológicas, pelo conhecimento que tenho hoje de TABWIN (C005).

É pra mim da mesma forma que eu aprendi com o SIA e SIH. Já fiz alguns levantamentos com o SIM no TABWIN. Mas assim, procurando a parte no TABWIN do SIM. Mas não é o meu diário [...] não tenho, receio nenhum. É só uma questão do meu dia a dia, se precisar a gente vai atrás (Informação verbal)⁷.

Esse conhecimento também viabiliza o cruzamento de informações dos diversos SIS, porém é necessário um conhecimento básico do SIS a ser acessado

Sim, a gente usou essas bases há um tempo atrás quando a gente tava fazendo um estudo sobre o parto, parto domiciliar e parto cesário. Então a gente precisou acessar as bases da AIH e foi um trabalho assim muito interessante para a gente foi cruzar esses dados, e na própria melhoria dos sistemas de informação tá incluído a importância de você tá cruzando esses dados (Informação verbal)⁸.

Apesar da disponibilidade de acesso aos sistemas SIA, SIH, SCNES, SIM e SINASC na rede interna de computadores da SES-PE, o receio continua existindo por parte de alguns entrevistados pelo fato de não conhecer “a fundo” o sistema do qual está necessitando dos dados.

[...] tá, assim no meu trabalho a gente, eu tinha sempre uma pessoa da epidemiologia que tava entrando no SIM e no SINASC. Pra mim ainda é difícil de entrar nesses dois sistemas porque eu não tenho aproximação com esses dois sistemas muito diferente do SIAB, muito diferente do CNES que é um sistema disponível que a gente vai acabar aprendendo. então eu teria que me apropriar desses dois sistemas (G003).

⁷ Fala do entrevistado C004

⁸ Fala do entrevistado G014

7.2.1.3 Discussão sobre os “guetos” de informação

Um dos aspectos importantes relacionados com o gerenciamento das informações foi destacado apenas por um entrevistado. Para esse informante a existência dos “guetos” na área de informação em saúde está relacionada muito mais com a insegurança de quem necessita e é capacitado em levantá-las, do que com quem poderia estar “prendendo” essa informação. Porém, o entrevistado considera que a “quebra dos guetos” não se consolidou na rotina de trabalho, na medida em que o usuário da informação ainda “respeita” os “donos da informação”, mesmo que estes não se comportem mais como tal. Conclui então o entrevistado que “há guetos na cabeça de quem quer pedir (a informação)”.

Ainda há guetos. Não o gueto das pessoas que detém, e não só das pessoas que detém teoricamente a informação, mas há guetos na cabeça de quem quer pedir, e de quem quebrar esse gueto. Mas, assim, eu ainda tenho uma e aí eu, enquanto funcionária, vejo pessoas também pensando da mesma forma. Há de ter uma sensibilização maior dos próprios técnicos de dizer: “ah, mas aquela informação não é de fulano de tal”, mas é, mas é.

O gueto não tá em quem detém teoricamente a informação não. Tá em mim que venho todo cheio de dedo pra lhe pedir, então essa tradição é muito forte (G002).

Como instrumento facilitador na “quebra dos guetos” que existem “na cabeça dos solicitadores”, a evolução tecnológica unida à disponibilização da informação foi evidenciada de forma interessante por um entrevistado.

A gente que vem da era do aerograma, eu acho fantástico, porque quem trabalhava com aerograma dentro da vigilância né, e hoje você tem banco de dados e você tem verdadeiras caixas pretas e essas caixas pretas foram abertas eu acho que é um avanço muito grande (C015).

7.2.2 Conhecimento e Utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS

Para este assunto, foram identificadas nove subcategorias: **Conhecimento e utilização do TABDOS; Conhecimento e utilização do TABWIN; Conhecimento e utilização do TABNET; Experiência com relação ao TABWIN e TABNET; Conhecimento e utilização dos Cadernos de Informação de Saúde; Conhecimento e utilização dos Indicadores de Dados Básicos – IDB; Acesso às Bases de Dados através do SIS; Disponibilização dos**

dados dos SIS através da unidade “K” da rede de informática da SES-PE e Treinamento.

Poucos entrevistados trabalham com a ferramenta TABDOS. A maioria deles acessam as bases de dados dos SIS através do TABWIN, e essa realidade se repete com relação ao acesso através do TABNET, 6 utilizam os Cadernos de Informação de Saúde e apenas 3 lidam com o IDB na sua rotina de trabalho.

7.2.2.1 Conhecimento e utilização do TABDOS

Esse estudo apresentou uma baixa utilização do TABDOS por parte dos entrevistados. Porém, os poucos que utilizam, enfatizam a importância desta ferramenta, principalmente com relação a levantamentos envolvendo grande número de variáveis.

TABDOS é uma ferramenta que o pessoal chama de ultrapassada. Mas ele dá recursos que o TABWIN não tem. Como se a gente fosse fazer uma solicitação pra um município ou vários municípios de uma vez. Existe solicitação que você no TABWIN, a gente poderia fazer em 100 tabulações enquanto no TABDOS a mesma tabulação a gente pode fazer em uma tabulação só [...] O “quadro” facilita essa parte de redução de tabulação de quantidade (Informação verbal)⁹.

Porém, a baixa utilização do TABDOS pode também ser explicada pela visão equivocada que os “usuários” em potencial têm de sua utilização. Esse equívoco na compreensão da verdadeira utilidade do TABDOS foi evidenciada por um entrevistado.

O TABDOS, hoje ele é pouco utilizado pela gente. Mas a gente quando por exemplo pegando o sistema de mortalidade, uma parte do sistema de mortalidade ele tá dentro da época em que a gente digitava o sistema em DOS. Então pra analisar a gente precisa do TABDOS, então quando a gente vai fazer uma série histórica longa por exemplo as pessoas pedem uma série histórica de 80 até o ano de 2008, por exemplo, a gente usa o TABDOS (G014).

Ou seja, o fato de que o TABDOS é executado no sistema operacional DOS, não o dissocia das bases de dados atuais, pois tanto em DOS como em Windows, a base de dados dos SIS do DATASUS são sempre disponibilizadas para tabulação em arquivos do tipo .DBF (base de dados DBASE).

⁹ Fala do entrevistado C001

7.2.2.2 Conhecimento e utilização do TABWIN

Os entrevistados apresentaram uma ótima receptividade com relação ao TABWIN.

Todos os que conhecem e/ou utilizam o TABWIN apresentam sempre uma ‘lista’ de vantagens e “benesses” que a ferramenta oferece:

- facilidade de operação, substituindo em alguns casos inclusive o EPI-INFO;

Desde a criação do TABWIN, que eu achei uma das grandes coisas. Eu sempre disse nas reuniões dos ministérios e aqui mesmo, que o TABWIN é uma mão na roda né? Ele facilitou demais o que antes a gente na área de epidemiologia trabalhava muito com EPI-INFO, mas eu acho o TABWIN muito mais amigável (G014).

- papel importante na descentralização dos SIS;

O TABWIN, de forma geral, ele serve tanto para o nível municipal, como o regional, como o estadual, ele facilitou realmente a descentralização dos sistemas e das informações (G014).

- facilidade de mudanças para adaptações a cada realidade;

O TABWIN é um tabulador fantástico né. E assim ele pode ser mudado na medida da sua necessidade, quando você tem o conhecimento do banco do que você tem na mão você molda de acordo com sua necessidade, agora você tem realmente que conhecer o banco pra poder fazer isso (Informação verbal)¹⁰.

- pesquisas do dia a dia no planejamento das ações de saúde

TABWIN assim na minha visão nesse processo de saúde é uma das ferramentas principal pra ajuda na nossa pesquisa. Perfeito. Claro que com certeza ela tem algumas coisas que a gente até tá tendo que construir quando sente necessidade (G005).

- autonomia ao gestor nas ações de monitoramento e avaliação, inclusive em situações de necessidade urgente de informação;

Eu acho que ele (o TABWIN) nos dá um pouco mais de autonomia nas ações de monitoramento e avaliação sem que isto tivesse dependendo de um outro serviço, um outro setor da secretaria.

[...] nós ficamos autônomos e nós temos, lógico, facilidade pra estar fazendo uma avaliação relâmpago, ou por exemplo a gente quando vem pra a reunião da regionalização em Petrolina, a gente tem como um ou dois dias antes ter, da um olhar sobre os municípios daquela região (Informação verbal)¹¹.

Porém, apesar de reconhecidamente útil, vale destacar a colocação de um entrevistado sobre a dificuldade na utilização do TABWIN.

¹⁰ Fala do entrevistado C007

¹¹ Fala do entrevistado G013

eu acho que ele (o TABWIN) ajuda bastante né. Ele traz informações bem úteis mas não acho de fácil acesso não, não acho uma ferramenta de fácil utilização (Informação verbal)¹².

7.2.2.3 Conhecimento e utilização do TABNET

Quanto à relação dos entrevistados com o TABNET, geralmente está atrelada ao uso do TABWIN, tanto quando se trata de uso como de capacitação e primeiras experiências. Destacamos o relato de um entrevistado em relação ao assunto.

então eu baixei o TABWIN em casa, fiz todo o trabalho em casa mexendo no TABNET também pra poder, primeiro no TABNET pra facilitar a mexer no TABWIN (C004).

é bem inicial mas assim TABWIN e o TABNET são ferramentas assim poderosas dentro do nosso trabalho (Informação verbal)¹³.

Os entrevistados relataram que a decisão entre a utilização do TABWIN e do TABNET está diretamente vinculada ao tipo de levantamento a ser executado. Isso se dá devido à restrição que o TABNET apresenta, na qual sua menor unidade de pesquisa é o município, devido à consolidação ser a nível nacional e as bases de dados estarem localizadas nos computadores do DATASUS, localizados em Brasília e no Rio de Janeiro.

Não, o TABNET eu uso pouquíssimo, só quando é uma pesquisa mais geral, quando é uma coisa bem macro, mas como na maioria da rotina é questão micro da unidade e do determinado município e suas devidas unidades a gente usa muito o TABWIN (C005).

O TABNET ele já é mais assim já tá num formato que não permite muita mudança e também não dispõe de tantos recursos quanto o TABWIN (C007).

Devido a essa particularidade de oferecer dados para levantamentos mais gerais, o TABNET é, segundo a apreciação de um dos entrevistados, uma ferramenta essencial para a comparação de dados entre estados e regiões do país.

a gente usa o TABNET em alguns momentos quando a gente precisa de informações de outros estados também pra comparação, ou da região Nordeste, usa também ele pra quando a gente puxa as populações, geralmente a gente puxa as populações também na página do DATASUS (G014)

¹² Fala do entrevistado G009

¹³ Fala do entrevistado G006

7.2.2.4 Experiência com relação ao TABWIN e TABNET

As formas relatadas pelos entrevistados de como adquiriram experiência com as ferramentas TABWIN e o TABNET foram bastante variadas. Alguns relatam que iniciaram o contato com essas ferramentas devido à necessidade de serviço, tendo sido “treinadas” na rotina do trabalho por outros colegas, e só depois de algum tempo é que tiveram a oportunidade de fazerem um curso formal.

Logo no início eu tive um convite de uma pessoa que já trabalhava com o TABWIN. Ela me mostrou, depois ela mostrou que a gente podia fazer o treinamento e o curso pelo DATASUS (C001).

Em relação às ferramentas do TAB, não tive nenhum curso, apesar que depois eu participei de alguns treinamentos, mas na verdade foi um aprendizado local. Não que seja autodidata, que a minha experiência foi no município do Cabo de Santo Agostinho, onde M. que passou mais de dez anos atrás e estava muito incipiente de TABWIN, que são as pessoas que conheciam e ele era um dos que conheciam e por necessidade passou alguma noção de como, a noção de trabalhar com TABWIN (C005).

É, na verdade eu trabalho desde 2005 com o TABWIN e o TABNET, porque eu fui solicitada para compor a equipe de técnicos do Controle e Avaliação de um determinado município. E eu era da assistência, eu era da ponta e aí fui chamada por conta de fazer um levantamento, um estudo dentro da unidade, aí eu fui convidada pra fazer parte do Controle de Avaliação. A partir daí chegando lá, eu tive que na verdade aprender sozinha porque todo mundo tinha suas tarefas e as pessoas na verdade não tinham muito tempo pra ensinar. Então eu baixei TABWIN em casa, fiz todo o trabalho em casa mexendo no TABNET também pra poder, primeiro no TABNET pra facilitar a mexer no TABWIN. e foi assim, aí depois eu fiz um curso básico já depois de muito tempo que eu tava trabalhando, a gente fez um curso básico pelo próprio município e pronto (C004).

Eu venho de longas datas na vigilância desde de 1993 que eu fiquei atuando esses anos todos como coordenadora [...] Então isso foi uma ferramenta do dia a dia da gente, e aí a gente realmente teve que aprender (C007).

Foi depois que eu cheguei na gerência pela necessidade mesmo de utilizar. E aí fui aprendendo no processo de trabalho também (G009).

Para outros entrevistados a relação com o TABWIN está ligada a algum curso de residência, especialização ou mestrado. Isso evidencia a importância da Academia na formação dos gestores na área da saúde.

Fiz cursos de TABWIN na época da especialização, durante o mestrado (G002).

Na verdade eu comecei a utilizar por necessidade também aqui do trabalho. Mas durante a residência o mesmo estava inserido nos serviços dentro da Prefeitura do Recife e dentro da Secretaria de Saúde do Recife, dentro da Secretaria de Saúde de Olinda, e precisava desses dados, mandavam que a gente coletasse esses dados.

Então a gente foi vendo a necessidade de ter que se virar e descobrir onde é que estavam (C008).

O TABWIN, eu conheço é de experiências pessoais, nas monografias de teses, especialização, residência então foi necessário trabalhar com ele, mas assim aqui desde que eu entrei na gerencia eu ainda não cheguei a ter acesso, a realmente trabalhar o TABWIN (G011).

eu como estou também num mestrado nós tivemos eu já tinha alguma familiaridade com o TABWIN e com o TABNET. E no mestrado nós tivemos algum aprofundamento sobre a utilização dessas ferramentas desses sistemas (G013).

7.2.2.5 Conhecimento e utilização dos Cadernos de Informação de Saúde

Verificamos, a partir do relato dos entrevistados, uma baixa utilização dos Cadernos de Informações em Saúde.

Caderno de Informação? Utilizo muito pouco (C007).

O Caderno de informações? Uso muito pouco também (C005).

Esse fato deve ser consequência da forma estática (não pode ser alterado) e agregada por município, como os CIS são organizados. O objetivo dos CIS é bem apontado pelo depoimento de um dos entrevistados.

Quanto a questão dos Cadernos de Informações, eu me deparei com o uso desse caderno o ano passado. Eu tava dando um curso sobre informações e era bem interessante você nesse curso ter as informações de cada um dos municípios do estado aonde eu tava que não era aqui em Pernambuco, então foi muito bom porque a gente pode mostrar pra eles a partir dos cadernos uma pequena análise que seria um pequeno perfil de cada município deles que estavam participando do curso (G014).

7.2.2.6 Conhecimento e utilização dos Indicadores de Dados Básicos (IDB)

Para os Indicadores de Dados Básicos os relatos também indicam pouca utilização, porém à semelhança do que ocorre com os Cadernos de Informação de Saúde, salientamos a qualidade dessa utilização no depoimento de um dos entrevistados, que aponta para uma utilização mais voltada para acompanhamento de indicadores e de qualidade de dados.

E a questão dos indicadores do IDB, a gente usa constantemente porque inclusive acompanha as mudanças e tudo mais. Porque tem vários indicadores da gente que estão lá: Taxa Bruta de Mortalidade, de Natalidade. Enfim essas são as principais, porque a gente acompanha muito como o IBGE. Tá estimando por exemplo a Taxa Bruta de Mortalidade, ou como se chama, Coeficiente de Mortalidade Geral pro estado de Pernambuco. e a gente percebeu que no final do ano passado pra cá que teve uma mudança nessa taxa e que provavelmente a RIPSa tá usando essa taxa pro

estado de Pernambuco. Usando uma metodologia que ela já usava pro Brasil ela usou também prá Pernambuco e baixou a taxa. Então os dados do IDB é bem interessante a gente usa aqui pra acompanhar o trabalho da gente principalmente de cobertura e às vezes a gente precisa também saber comparar a situação da gente com de outros estados e às vezes até indicar as outras pessoas fora da secretaria aonde possam buscar dados com consistência (G014).

7.2.2.7 Acesso às Bases de Dados através do SIS

Além dessas ferramentas sugeridas durante esse estudo, alguns entrevistados relataram que acessam dados diretamente no SIS, dependendo da sua relação com o processamento do mesmo. Todos os SIS possuem rotinas de consulta própria aos dados, porém esses tipos de consultas só podem ser feitas pelo gestor do respectivo sistema, ou por alguém autorizado por ele.

Hoje a gente utiliza. Uma das mais usadas é o TABWIN onde a gente consegue uma resposta mais rápida e também usa as ferramentas locais que é o SIHD e o SIA, são as ferramentas que a gente mais utiliza no dia a dia (C005).

O município como um todo a gente já precisou de algumas informações de unidades de saúde e aí a gente abria o CNES (C008).

7.2.2.8 Disponibilização dos dados dos SIS através da unidade “K” da rede de informática da SES-PE

Na rede interna de computadores da SES-PE, existe uma unidade lógica (**K:**) abaixo da qual são alocados os dados de todos os setores em diretórios. Entre esses diretórios, existe um onde são colocados o TABWIN e todas as bases de dados dos SIS que permitem o acesso através daquela ferramenta.

Dessa forma, a SES-PE unifica o acesso a tais bases de dados, o que permite que todos os técnicos e gestores da SES-PE “falem a mesma linguagem” quando se trata de efetuar levantamentos nas bases de dados do SIS.

Com relação à disponibilização das ferramentas e bases dados no âmbito da SES-PE, através da unidade “K” da rede interna de computadores, alguns entrevistados têm visto como um grande avanço e têm utilizado esse recurso de forma rotineira.

Por isso que, assim, eu acho que é um grande avanço você abrir o "K" e ter tudo, que o "K" a gente consegue abrir a rede interna (G002).

Um dos entrevistados aponta que existe dentro da SES-PE um movimento em busca da democratização das informações em saúde.

A gente disponibiliza esses dados, passa os dados para a GIS que é a gerência de informação daqui geral, e ela também coloca esses dados no "K", que é uma forma que todo mundo aqui tem para democratizar as informações. É um diretório onde todas as pessoas funcionárias tem acesso a esse diretório e também a gente recebe muito pedido de dado pronto já, como a gente fala que é a tabela formada, com pequenas análises desses dados do SIM e do SINASC (G014).

A autonomia conquistada por quem utiliza as ferramentas de acesso às bases de dados do DATASUS no dia a dia é ressaltada por outro entrevistado.

Eu acho que ele nos dá um pouco mais de autonomia nas ações de monitoramento e avaliação sem que isto tivesse pretendendo de um outro serviço, um outro setor da secretaria..Nós ficamos autônomos e nós temos, lógico, facilidade pra estar fazendo uma avaliação relâmpago (G013)

7.2.2.9 Treinamento

Com relação a treinamento na utilização das ferramentas de acesso às bases de dados do DATASUS, a maioria dos entrevistados demonstrou interesse para si e para sua equipe, frente à importância das ferramentas na rotina dos mesmos. Tais necessidades se concentraram nas ferramentas TABWIN e TABNET, visto que os Cadernos de Informação de Saúde e o IDB são de fácil manuseio.

Prá mim hoje é uma prioridade, pra mim hoje se a GIS oferecer vai ser uma prioridade de parar o que tá fazendo e de ir para esse curso. Porque a gente tá em 2010 trabalhando muito com esses sistemas de informação (G003).

A necessidade de treinamento não se limita aos conceitos básicos e iniciação na utilização das ferramentas. Um entrevistado destaca a necessidade de ser treinado na utilização e alteração dos arquivos DEF (definição) e CNV (conversão), que formam a base do TABWIN, e o seu conhecimento abre “um leque” de alternativas para melhor utilização dessa ferramenta. Os arquivos de definição (DEF) associam os campos de dados no arquivo a ser tabulado pelo TABWIN com as tabelas de conversão de códigos (arquivos CNV) para as Linhas e Colunas da tabela. Isto é feito através de um arquivo tipo texto, que deve conter obrigatoriamente a extensão DEF, e que pode ser criado pelo próprio usuário com um simples editor de texto.

Eu preciso de um treinamento um pouco mais avançado com relação a CNV aos DEF's [...] como eu aprendi sozinha, então eu aprendi mesmo fazendo aquilo que era mais prático pra mim. agora montar CNV, DEF, ai pra mim é mais difícil. Seria o TABWIN avançado, ai é mais complicado, e ai eu acho que eu precisaria sim, apesar de que ultimamente eu já dei uma fuçada pra montar e tudo. Mas assim, acho que era importante (C004).

No dia a dia, fizemos alguns treinamentos, que eram só básicos, questão de mexer em DEF e CNV a gente nunca teve treinamento aqui na Secretaria. A gente aprendeu nas necessidades que a gente tinha de tirar relatórios ai a gente ia conhecendo, a partir de um que já existe a gente ia modificando (C007).

Hoje a gente vê que tá muito mais popular o uso do TAB, mas não tão popular a criação de CNV e isso facilitaria bastante o trabalho. Se a gente conseguisse tanto nos municípios quanto nas regionais tivessem pessoas que criassem CNV porque poderia dar outros cortes e fazer outras análises (G014).

Foi apresentada também a sugestão de aumentar-se o público alvo dos treinamentos visando atingir não só os técnicos do nível central da SES-PE, como também as GERES e os municípios.

Precisa aumentar principalmente na rede estadual todas GERES e acho que até analisar porque existe algumas coisas em GERES a cada particularidade que chega a oportunidade de treinamento só que a pessoa responsável de fazer a divulgação por um problema pessoal ou outro não (C005)

A maioria dos entrevistados enfatizou a necessidade de que o número de treinandos seja ampliado, e que o curso seja cada vez mais prático no seu conteúdo.

Eu acho que mais pessoas deveriam ser capacitadas e assim capacitadas no sentido delas conseguirem realmente acessar o sistema e não ficar só com o eu conhecimento. Já ouvi falar, e sim poder praticar e ter essa disponibilidade tanto do equipamento que a gente sabe que é meio difícil NE. Como também a gente precisaria disponibilizar um pouco de mais tempo (G006).

Precisa atingir mais gente, acho que o número de pessoas que lidam com facilidade com esses sistemas são muito pouco (G009).

Dentro dessa temática de treinamento, destacamos o depoimento de um dos entrevistados que abrange de forma concisa a importância e necessidades de avanço dos treinamentos existentes na SES-PE.

Olhe, eu acho que são poucos os treinamentos que se tem na Secretaria pra essas ferramentas. É assim tão importante, que fosse mais divulgada e que as pessoas tivessem mais acesso e que elas mesmas pudessem tirar suas próprias informações no seu próprio computador sem tá atrás muitas vezes dependendo de uma só pessoa pra ficar dando essas informações. Eu acho importantíssimo que se tenha mais treinamentos, mais capacitação e até do modo avançado do TABWIN pra a gente não ficar presa na secretaria (C007)

Salientamos a excessão que um dos entrevistados representa em relação aos outros no que se refere a necessidade de treinamento. Ele responde que não necessita de treinamento, e ainda sugere alterações no formato dos treinamentos existentes.

Não, prá mim está ótimo em relação a treinamento, não preciso de treinamento..O que eu acho que é necessário é o treinamento dentro do espaço de trabalho nosso, dentro da secretaria (C001).

A necessidade de treinamento deve, segundo um dos entrevistados, extrapolar o assunto TABWIN/TABNET, e atingir a compreensão dos SIS, formando uma base sólida para a utilização racional e correta do TABWIN e TABNET.

A gente precisa fazer um treinamento, falar um pouco mais da importância desses sistemas e fazer com que a pessoa se aproprie para poder manusear da melhor maneira possível até de forma de monitorar essas informações. Porque o papel da gente é esse, fazer o monitoramento (Informação verbal)¹⁴.

O nível que os treinamentos em ferramentas de acesso às bases de dados dos SIS deve atingir ao detalhe do profissional de saúde da ponta do serviço, segundo um dos entrevistados.

É fundamental que os municípios, que as coordenações dos municípios possam estar apropriados. Eu iria mais longe o próprio dentista o próprio profissional de estratégia de saúde da família, ele necessita de forma quase que imediata ter acesso ao consolidado a síntese do que ele esteja realizando para que ele possa estar mensalmente reorientando o seu planejamento, as suas ações de cuidado para aquela população (G013).

Durante um comentário feito sobre os treinamentos oferecidos pela SES-PE, um dos entrevistados apresenta os avanços que vêm sendo alcançados pela SES-PE no contexto atual de informações em saúde e sua democratização.

Eu acho que a gente tem avançado, a própria GIS tem feito vários treinamentos na área de TABWIN pra popularizar esse TABWIN, porque já foi uma proposta também daqui da secretaria, das áreas de informação: que a gente pudesse descentralizar tanto os bancos pras pessoas trabalharem como as ferramentas. Até porque cada uma pudesse fazer sua análise cada vez mais trabalhar com os dados. Porque era comum antes as pessoas irem sempre aos setores pedir uma tabela pronta, análise pronta. Então com essa descentralização as pessoas podem fazer isso lá no seu setor e se tiver alguma dúvida elas podem vim conversar com as áreas técnicas responsáveis. Então isso já foi um grande avanço (G014).

Embasando toda a discussão sobre treinamento nas ferramentas, destaca-se a discussão de um dos entrevistados acerca da necessidade de se efetivar um levantamento criterioso na fase anterior aos treinamentos nesses instrumentos, identificando as pessoas que realmente

¹⁴ Fala do entrevistado G012

necessitam e, principalmente tenha potencial e campo de trabalho para realmente utilizar e redistribuir os conhecimentos adquiridos.

Primeiro tem que fazer um levantamento porque o pessoal é capacitado. Então em cima desse diagnóstico prévio, ai faz um planejamento. Então se detectou que 90% das pessoas que trabalham com informação nas diversas áreas não conhece ou nunca teve uma capacitação de TABWIN, e se pudesse promover cursos de TABWIN. Eu acho que precisa fazer um diagnóstico desses cursos para em cima disso planejar em cima desse diagnóstico (C015).

7.2.3 Uso dos dados dos SIS captados pelas ferramentas de acesso

De acordo com os relatos sobre o uso dos dados dos SIS, captados pelas ferramentas de acesso, foram identificadas duas subcategorias: **Importância dos dados captados nas decisões tomadas** e **Preparação dos dados captados**.

7.2.3.1 Importância dos dados captados nas decisões tomadas.

Foi consenso entre os entrevistados a importância dos dados captados nas decisões tomadas pelos mesmos.

Olhe, a gente trabalha com vigilância. A informação é a base para tudo. Se eu não tivesse informação eu não posso atuar, certo? Então é muito importante, você não pode trabalhar sem dados porque ele influencia no momento que eu vou planejar (C015).

Porém, uma preocupação ficou patente entre os mesmos. Trata-se do zelo e cuidado que os mesmos têm com relação à confiabilidade dos dados com que trabalham. Ficou claro também em alguns casos, quando a confiabilidade dos dados é indagada, a equipe da SES detalha a ação e investiga “in loco” o motivo do possível erro..

As informações (do SIAB), pela experiência que a gente tem não bate com a realidade, então pra a gente traçar política mesmo fica complicado. É pelo achismo é pelo levantamento histórico entendeu, e a gente vai assim, levando (G012).

A gente tinha uma crítica, era e ajudava a gente nesse aspecto, porque quando a área dava alguma coisa a gente e a gente achava uma coisa meio estranha, até com recurso que eles gastavam, fazendo uma comparação. Então a gente vendo esses

dados, a gente tinha como ver se eles estavam mesmo corretos ou não (Informação verbal)¹⁵.

Porque assim muitas vezes a gente sabe também das falhas né da alimentação, quem trabalha com SIAB a gente sabe que a alimentação às vezes fica a desejar e a gente realmente se preocupa com isso, então a gente sabe que nem toda informação que chega é fiel a risca. ai a gente tem essa preocupação de será que é isso mesmo? (G011).

Sobre o uso dos dados coletados observamos também entrevistados que apenas efetuam os levantamentos dos dados para terceiros, sem com isso ter relação alguma de uso dos dados levantados.

[...] não, a gente levanta os dados como falei antes, de acordo com as solicitações né. O pessoal vai utilizar esses dados em vários objetivos e a gente apenas colhe o banco de dados que o DATASUS fornece para repassar essas informações (C001).

A importância das informações levantadas foi bem evidenciada em alguns temas importantes a nível de gestão da Secretaria Estadual de Saúde:

- Na tomada de decisão;

eles são fundamentais para as tomadas de decisões, é processo de avaliação de necessidade que a gente faz dentro da gerencia, pra organizar rede os fluxos é fundamental [...] depois de levantar ele me subsidia na tomada de decisões, assim a gente tem que analisar aqueles dados juntando com outras informações de portarias (G009).

- No planejamento das ações.

A gente traça as ações baseadas nas informações que a gente recebe (G011).

- Na confecção do Relatório Anual de Gestão;

Se há uma área que ela é influenciada pelas informações que a gente produz enquanto instituição [...] é a área de planejamento, porque ela que vai decidir muitas decisões dos gestores, e aí considerando que esses valores sejam utilizados pra isso, porque a gente tá aqui pra fazer esse relatório anual da gestão, (G002).

- Nas ações de monitoramento de unidades e municípios;

A gente faz na verdade um monitoramento, isso gera relatórios, gera gráficos, tabelas que a gente realiza pra encaminhar para o gestor, né. Inclusive com relação agora com aos Hospitais de Pequeno Porte, a gente tá fazendo uma oficina exatamente por conta desse levantamento que a gente fez, por conta de um desempenho que vem acontecendo. Ai isso gerou também uma proposta também de tentar fazer uma nova política do HPP estadual. Então assim, os dados que a gente

¹⁵ Fala do entrevistado C010

utiliza que a gente pega dentro desses instrumentos é importante porque gera dados e manda para o gestor avaliar (C004).

Monitoramento de todos os municípios como eles estão informando aos sistemas de informação de mortalidade. Então a gente faz um acompanhamento mensal de quem enviou os dados (G014).

- No auxílio ao diagnóstico da situação em saúde;

Veja, informação pra mim é tudo, é fundamental né? Diagnóstico na situação da materno infantil tem que está buscando essas informações né? Elaboração de documentos você tem que tá também interpretando (C007).

- No cálculo de indicadores de saúde;

Os dados que eu pego, a gente trabalha em cima desses dados fico relativizando os dados e números absolutos. Estou trabalhando com indicadores com os coeficiente e são eles que tão guiando as decisões que a gente toma dentro do programa. Por exemplo, onde é que a gente ia encontrar o programa, a gente iniciou fez uma busca de onde é que tava a mortalidade infantil mais alta. Então a gente foi pra região. Foi através dos estudos e indicadores dos dados que a gente ia coletando e criando indicadores a partir deles [...] exatamente, as decisões são tomadas através desses indicadores.(C008).

- No reconhecimento do modelo de gestão municipal;

Bom, pelo os dados, pelos valores absolutos e relativos da prá gente perceber como está organizado o modelo da gestão no município, como esta caracterizada a vocação do profissional que está trabalhando naquele município (G013).

Uma característica captada durante as entrevistas foi a de que geralmente o “levantador de dados” desconhece a finalidade para a qual os dados levantados serão utilizados. Esse fato gera não somente uma “frustração” por parte de quem trabalhou no levantamento, como também compromete a qualidade do mesmo, visto que a solicitação pode ser interpretada de forma diversa da real necessidade do solicitante.

É hoje assim como atende muito a solicitação externa, então a gente pega, manda e não sabe nem como vai ser trabalhado, mas assim a gente também usa muito pra avaliar a produção das unidades e tá dando subsídios as demais pessoas, principalmente assistência (C005).

7.2.3.2 Preparação dos dados captados

De forma geral, os dados coletados, quando disponibilizados aos coordenadores e gerentes entrevistados, são trabalhados e transformados em alguns tipos de ferramentas de visualização para serem melhor entendidos e assimilados pelos respectivos gestores

apresentação, gráficos a gente sempre que vai fazer seminário a gente tá sempre pegando informação, sabe são bem utilizados (C007).

a gente cria umas tabelas para o controle interno como o caso do monitoramento da criança de risco (G011).

a gente compõe os gráficos as tabelas e vai mostrando para os municípios (G013).

não é ela pura não, todos os nossos relatórios, a gente gosta de falar muito na questão de mapa, é obvio que sim o mapa ainda é um temático básico, tem muitas informações georeferenciadas já, mas a gente trabalha (C015).

Porém, um dos entrevistados relatou que não trabalha nada com os dados, ou seja, apresenta da forma em que lhes foram entregues, ao mesmo tempo em que valoriza os mesmos.

preparar apresentação porque assim né, como se diz eles são tão reais, são tão palpáveis que não tem muito o que mexer (G006).

8 DISCUSSÃO

Historicamente, a informação em saúde foi trabalhada na SES-PE por setores isolados e de forma fragmentada, seguindo o “modelo” do Ministério da Saúde e dos respectivos SIS existentes,

Em 2008 foi implantado o novo organograma da SES-PE que apresenta várias instâncias formais da área de informação em saúde em todas as secretarias executivas. Até então, as únicas instâncias formais existentes nessa área na SES-PE encontravam-se nas diretorias de Planejamento e de Epidemiologia.

A partir da implantação desse organograma, foi intensificado um movimento interno na SES-PE que tem o objetivo de integrar os diversos setores que trabalham as informações em saúde. Esse processo visa diminuir essa fragmentação e isolamento entre os SIS e entre os setores da SES-PE e assim fomentar a disseminação das informações em saúde no âmbito da SES-PE.

Entre outras ações executadas durante esse movimento, destacamos duas que vêm fomentando a disseminação das informações em saúde na SES-PE: as capacitações dadas aos técnicos e gestores da SES-PE nas ferramentas de acesso aos dados dos SIS e a realização de reuniões periódicas de um grupo técnico de informação e informática em saúde. Esse grupo técnico possui representação de todos os setores produtores e usuários das informações em saúde na SES-PE.

Além disso, a disseminação das informações em saúde no âmbito da SES-PE tem sofrido influência direta de uma maior utilização das ferramentas de acesso aos dados dos SIS por parte dos seus gerentes e coordenadores.

Neste estudo, os entrevistados destacaram que a disponibilização das bases de dados estaduais dos SIS na rede interna de computadores da SES-PE de maneira padronizada, tem fomentado uma uniformização no levantamento dos dados, bem como tem incentivado a utilização de tais ferramentas pelos gerentes e coordenadores da SES-PE.

Ainda assim, os resultados das entrevistas realizadas evidenciam que parte do grupo pesquisado ainda possui pouco conhecimento com relação às ferramentas. Essa dificuldade

tem sido compensada com a força do trabalho em equipe, visto que, devido à grande divulgação e treinamento nas ferramentas de acesso aos dados dos SIS, é comum existir pelo menos um técnico capacitado nessas ferramentas, em cada setor da SES-PE.

Apesar de todos os esforços relatados acima, ainda existe na SES-PE uma tradição de solicitação de levantamentos prontos, seja por falta de tempo do interessado, seja por falta de conhecimento das ferramentas, ou até mesmo por “receio” de se aventurar em levantamentos nas bases de dados de SIS ainda não conhecidos integralmente por ele. Isso retrata que a cultura de que só os “donos da informação” é que podem disponibilizá-las de forma precisa continua forte nas relações dos que trabalham com informações em saúde.

A cultura dos “guetos informacionais” permanece, na medida em que a experiência adquirida durante os anos pelos grupos que trabalham a informação criou uma “capa de respeito” em torno dos mesmos, de tal forma que os outros técnicos/gestores sentem-se receosos de “mexer” com os dados de determinados SIS.

Branco (2006) já relata essa dificuldade que os próprios técnicos e gestores da área de saúde têm de entender todo o acervo de dados disponíveis nos SIS, fato que é agravado quando se trata de técnicos ou gestores no trato com SIS de outra área. Exemplo disso são os gerentes e coordenadores que trabalham com SIS da área assistencial (SIA, SIH, SCNES e SIAB) que relataram necessitar de treinamento básico para levantar e trabalhar com dados epidemiológicos (SIM, SINASC e SINAN).

Vale salientar que o “jogo de poder” entre os que detêm a informação e os que dela necessitam do qual Moraes(2002) fala, não foi sentido em larga escala neste estudo. A dependência entre eles ficou clara, porém muito menos pelo interesse em “prender a informação e o conhecimento” por parte dos que detêm a informação, e muito mais pela insegurança dos que dela necessitam, em acessar certas bases de dados de SIS ainda não totalmente conhecidos.

Podemos concluir que na SES-PE essa intenção de “quebra dos guetos” na área de informação em saúde vem se consolidando através de atitudes conjuntas, relatadas pelos entrevistados, como: disponibilização das bases de dados na rede de computadores da SES-PE; abertura para acesso a todos os técnicos da SES-PE das bases de dados do SIM e do SINASC e capacitação contínua nas ferramentas de acesso aos dados dos SIS.

Este estudo nos mostra que ainda existem os “guetos” de informação na SES-PE. Porém, esses guetos estão saindo do campo “real” para um campo “virtual”. Essa “virtualização” dos guetos provém de um acultramento histórico de que existem “donos da informação” que devem ser respeitados, apesar de todo o movimento de “desapropriação” dessa informação por parte dos supostos donos.

Esse movimento é fruto de um processo de conscientização do real valor da informação que vem ocorrendo no âmbito da SES-PE, e que foi refletido com clareza neste estudo através das entrevistas realizadas. Nesse sentido, podemos afirmar que na SES-PE, a informação em saúde está no caminho de obter o seu verdadeiro “poder” definido por Moraes (2002), e de quebrar a “caixa preta” dos *experts* da informação citada por Moraes e Gomez (2007, p.557).

Os cursos de capacitação no uso das ferramentas, ministrados na SES-PE, ainda não têm surtido efeito no conhecimento dos seus gerentes e coordenadores das mesmas. Isso se explica pelo fato de que tal conhecimento foi, em sua maioria, adquirido a partir da necessidade do próprio interessado no serviço. Esse fato gerou então um processo de auto-capacitação, ou de capacitação solidária dentro do próprio setor.

Porém, tais cursos devem ser fomentados ainda mais ao corpo técnico e de gestores da SES-PE, visando formar uma “massa crítica” e independente de pontos de “poder” da informação no âmbito da SES-PE.

Vale salientar que o planejamento de treinamentos para os entes da SES-PE deverá levar em consideração a rotatividade que existe entre os cargos comissionados, geralmente ocupados por pessoas militantes do SUS, porém não necessariamente pertencentes ao corpo funcional da SES-PE.

Tal fato nos leva a propormos uma priorização na escolha dos treinandos, para técnicos pertencentes ao quadro da SES-PE, logicamente, não vetado àqueles que têm vínculo com outras esferas de governo.

No entanto, deve-se atentar para o perigo de que essa quantidade de informação que se pretende repassar para os gestores do SUS não se transforme no que Branco (2006, p.150) define como “falácia”, resultante do domínio da quantidade sobre o conteúdo.

Os entrevistados evidenciam a necessidade, especificamente com relação ao treinamento do TABWIN, de um curso de TABWIN “avançado”. Nesse curso deverá ser focado principalmente o manuseio dos arquivos estruturantes do TABWIN, ou seja, os arquivos de definição (.def), e os de conversão (.cnv). Com isso os técnicos alcançarão uma autonomia com relação ao trato com os dados dos SIS.

Já com relação ao TABNET, de acordo com as entrevistas, não existe uma necessidade pontual de treinamento, visto que trata-se de uma ferramenta de fácil compreensão e acesso devido à sua vinculação com a internet. Porém, a sua limitação em só detalhar os dados dos SIS até o nível de municípios restringe em parte sua utilização levando os que necessitam de maiores detalhes a buscarem a utilização do TABWIN, o que configura a complementaridade entre essas ferramentas.

De acordo com os entrevistados, a ferramenta mais “popular” e bem aceita entre os gerentes e coordenadores da SES-PE é o TABWIN. Por ser uma ferramenta de fácil manuseio, bastante aberta para alterações e de fácil aprendizado, o TABWIN foi citado com elogios em várias fases da pesquisa: facilidade de operação, substituindo em alguns casos inclusive o EPI-INFO; papel importante na descentralização dos SIS; facilidade de mudanças para adaptações a cada realidade; pesquisas do dia a dia no planejamento das ações de saúde; autonomia ao gestor nas ações de monitoramento e avaliação, inclusive em situações de necessidade urgente de informação;

O TABDOS é uma ferramenta muito pouco utilizada pelos gerentes e coordenadores da SES-PE. Possivelmente isso se explica por vários motivos. O primeiro é a pouca ou nenhuma divulgação dessa ferramenta por parte do DATASUS que, também não tem investido nada em sua manutenção, muito menos em seu aperfeiçoamento.

O segundo motivo é o preconceito dos “usuários” com relação à plataforma que essa ferramenta utiliza, o sistema operacional DOS. Esse motivo é consequência da cultura atual na área de informação / informática, que praticamente não utiliza nada mais do que o sistema operacional DOS, priorizando-se sistemas operacionais como Windows e Linux.

O terceiro e mais importante motivo é a falta de conhecimento por parte dos gerentes e coordenadores da SES-PE, das vantagens que o TABDOS tem com relação ao TABWIN, principalmente com relação ao número de variáveis que podem ser envolvidas no mesmo

levantamento, o que faz do TABDOS uma ferramenta com uma eficácia muito superior ao TABWIN.

Apesar de terem sido relatadas como bem conhecidas e utilizadas pelos gerentes e coordenadores da SES-PE os Cadernos de Informação de Saúde têm a sua utilização restrita a levantamentos gerais por município. Além disso, os CIS são planilhas pré-definidas e fixas, alimentadas apenas manualmente. Isso torna os CIS limitados e restritivos em sua utilização, apesar da riqueza das informações neles contidas.

Os Indicadores de Dados Básicos têm sua utilização também muito restrita aos gerentes e coordenadores que trabalham com indicadores específicos, devido à sua própria apresentação. O acompanhamento da qualidade da informação em alguns sistemas também foi relatada como forma de utilização do IDB.

Além dessas ferramentas alguns gerentes e coordenadores da SES-PE utilizam como acesso aos dados dos SIS os próprios aplicativos, ou seja, o SIM, SINASC, SIA, SIH, SIAB, etc. Logicamente esse acesso é restrito àqueles que têm autorização de processar os respectivos sistemas. Cada SIS tem suas facilidades ou dificuldades na emissão de relatórios específicos.

Ainda assim evidenciamos o acesso a tais dados diretamente nos diversos “links” disponibilizados pelas respectivas áreas do Ministério da Saúde através da internet. Nesse tipo de acesso é refletida a forte fragmentação dos SIS existentes, pois os “links” disponíveis são bastante dissociados entre si, deixando o “usuário” sem uma padronização de acesso, o que torna a busca “penosa” e desestimulante.

Moraes (1994), Moraes (2007) e Silva (2007) indicam que essa fragmentação reflete a organização dos setores do Ministério da Saúde e a dificuldade de integração entre eles. Nesse enfoque, destacamos que cada “caixinha” existente no Ministério da Saúde tem interesse em desenvolver seu(s) próprio(s) sistema(s), com os objetivos mais diversos.

Esse contexto apenas intensifica a fragmentação dos SIS e nos deixa com poucas perspectivas de integração entre os SIS existentes. Porém um passo importante será congregiar os diversos setores produtores e usuários de informação em saúde, através de discussões técnicas visando um conhecimento mútuo de realidades e necessidades com relação ao acesso e uso das informações em saúde.

Com relação ao uso das informações em saúde levantadas pelos gerentes e coordenadores da SES-PE, podemos afirmar que elas têm influenciado diretamente nas seguintes ações da rotina desses atores na SES-PE:

- Na confecção do Relatório Anual de Gestão;
- Nas ações de monitoramento de unidades e municípios;
- No auxílio ao diagnóstico da situação em saúde;
- Na tomada de decisão;
- No reconhecimento do modelo de gestão municipal;
- No planejamento das ações
- No cálculo de indicadores de saúde, perpassando todas as outras áreas.

Vale enfatizar que essas aplicações nas tomadas de decisão pelos gestores também são influenciadas pela qualidade dos dados coletados que, via de regra na SES-PE, dependendo do SIS, é bastante indagada e investigada.

Um dos questionamentos mais importantes no trato com os conceitos e aplicabilidade das informações em saúde, é feito por Moraes (2002), que nos coloca como questão central: “em que momento as I.S. são base para a tomada de decisão sobre a direcionalidade da política de saúde?”,

Podemos afirmar, baseados neste estudo, que a definição desse momento vai depender do nível de acesso dos gestores a essas informações e a conscientização deles com relação à importância da aplicabilidade delas na tomada de decisão.

9 CONCLUSÃO

Os achados obtidos neste estudo permitem sugerir que as ferramentas de acesso aos dados dos SIS disponibilizadas pelo DATASUS são, em geral, conhecidas e utilizadas pelos gerentes e coordenadores da SES-PE. As ferramentas utilizadas com mais frequência são o TABWIN e o TABNET devido à facilidade em permitir cruzamentos diversos entre variáveis dos SIS. Os Cadernos de Informação de Saúde e os Indicadores de Dados Básicos são utilizados pela maioria dos gerentes e coordenadores da SES-PE, porém com uma frequência menor, por serem ferramentas “estáticas” e com informações agregadas.

Apesar da sua utilidade em levantamentos que exigem um número maior de variáveis envolvidas, o TABDOS é pouco utilizado devido: ao preconceito com a plataforma na qual é executado (DOS), ao pouco ou nenhum investimento em sua manutenção por parte do DATASUS e ao desconhecimento de sua utilidade por parte dos “usuários”. Os treinamentos na utilização das ferramentas são importantes no processo de aproximação dos gerentes e coordenadores da SES-PE com os dados dos SIS e devem ser mais expandidos, particularizando-se as necessidades por setor, e até por técnico/gestor interessado em tais treinamentos.

O uso das informações captadas por essas ferramentas têm influenciado diretamente na tomada de decisão dos gerentes e coordenadores da SES-PE, porém estes ainda reconhecem uma baixa qualidade nos dados de alguns SIS. Para usar as informações levantadas geralmente é feito um trabalho de prepará-las em forma de gráficos, apresentações e tabelas.

Nesse contexto, os “guetos” informacionais ainda existentes na SES-PE vêm sofrendo um processo de mudança de comportamento. O movimento de disseminação das informações e do conhecimento no âmbito da SES-PE tem feito com que os “donos da informação” abram as “caixas pretas” que até então dominavam. Porém, a falta de um conhecimento profundo sobre alguns sistemas de informações em saúde, alimenta uma insegurança por parte dos técnicos e gestores com relação ao trabalho com as informações, vinculando-as aos antigos “donos”.

Podemos então afirmar, baseados nesse estudo, que não basta “abrir” o acesso às bases de dados dos SIS para que os “guetos” sejam quebrados. É necessário também uma

conscientização de técnicos e gestores no sentido de que a informação não tem dono e, portanto deve ser acessada e estudada sem “preconceitos e medos”.

Essa realidade reforça então a necessidade de que os treinamentos e capacitações nessa área não se resumam às ferramentas de acesso às bases de dados, mas seja integrada com uma capacitação sobre os SIS existentes e suas variáveis, a fim de que a disseminação das informações ocorra na sua integralidade. Saliente-se ainda que esse movimento dependerá diretamente da disponibilidade do “treinando” de captar o conhecimento, aplicá-lo e repassá-lo aos seus pares, oxigenando assim todo o processo de disseminação da informação e do conhecimento.

Podemos, então, concluir que a democratização das informações em saúde na SES-PE está sendo efetivada não só pela possibilidade de acesso através das várias ferramentas de acesso disponibilizadas pelo DATASUS, como também pela disseminação do conhecimento sobre informação entre técnicos e gestores e uma conscientização de que “informação adquire poder quando informa aquilo que é importante para quem de fato está decidindo [...]”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. Sistemas de informações em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.6, n.4, p.21-28, out/dez.1992.

BARBOSA, R. R. Inteligência Empresarial: uma avaliação de fontes de informação sobre o ambiente organizacional externo. **Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v.3, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/dez02/F_I_art.htm> .Acesso em: 02 fev. 2009.

BRANCO, M. A. F. **Sistema de Informação em Saúde em Âmbito Local e Organização de Interesses Sociais**: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

BRANCO, M. A. F. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da rede nacional de informações em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.95-123, 1998.

BRANCO, M. A. F. **Informação e Saúde**: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>> Acesso em: 1 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uso e Disseminação de informações em saúde: subsídios para elaboração de uma Política de Informações em Saúde para o SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8, 1994, Rio de Janeiro. **Relatório final**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p. 6-31.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/PRT_2390-GM.pdf> Acesso em 4. fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oitavo Termo Aditivo ao Acordo Básico num. 4 de 25/07/1997, renovado pelo 14. Termo de Cooperação**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS Trajetória 1991-2002**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento Pactos pela vida e de gestão**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informações em saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009a. v.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informações em saúde**. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009b. v.2.

CARVALHO, D. M. **Sistemas de Informação e Alocação de Recursos**: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada em recursos. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

DE CARDENAS C. A.; JIMENEZ HERNANDEZ. N. Acceso universal a La información: globalización, cultura y alfabetización. **ACIMED**, Habana, v. 15, n. 1, p. 1-5, ene, 2007.

EDUARDO M. B. P., A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 70-77, ago./out. 1990.

FERREIRA, O. A. N. **Utilização de Informações de Interesse Epidemiológico na Gestão Municipal de Saúde**: o caso dos municípios da Região Metropolitana do Recife habilitados em Gestão Plena do Sistema. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. **Política de Informação da Fundação SESP**. Rio de Janeiro, 1987. (Coleção SESP, ano 1).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos e pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GONZÁLES DE GÓMEZ, M. N. Da política de informação ao papel da informação na política. **Revista Internacional de Estudos Políticos**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.67-93, abr. 1999.

GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. **Método Qualitativo**: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004.

GRUPO TÉCNICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E POPULAÇÃO. Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Relatório Final**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M.: Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, São Paulo, v. 33, n.1, p.72-80, abr. 2004.

LIMA, Nilda de Andrade. **Análise da implantação, cobertura e desempenho do sistema integrado de gestão acadêmica-SIGA no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz**. 2006. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO; São Paulo: Hucitec, 1996.

MORAES, I. H. S. de, 1994. **Informações em Saúde**: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. p.26-45.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 49-56, 2001.

MORAES, I. H. S. de. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, I. H. S. Política nacional de informação, informática e comunicação em saúde: um pacto a ser construído. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n.69, p. 86-98. 2005.

MORAES, I. H. S.; GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.553-565, 2007.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

PEREZ, A. S. M.; NAVARRETE, M. L. V. Tema 3: Técnicas cualitativas aplicadas em salud, In: NAVARRETE, M. L. V.; et al. **Introducción a las técnicas aplicadas em salud**. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, 2006a. p. 53-81.

PEREZ, A. S. M.; NAVARRETE, M. L. V. Tema 5: Análisis de los datos cualitativos, In: NAVARRETE, M. L. V.; et al. **Introducción a las técnicas aplicadas em salud**. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. 2006b. Barcelona, 2006b. p. 97-110.

PERNAMBUCO. Governo. **Dados do Portal PE**. Disponível em: <<http://www2.pe.gov.br/web/portalde/dados>>. Acesso em: 23 set. 2009.

PERNAMBUCO. Resolução nº 420, de 16 de fevereiro de 2009. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Poder Executivo, Recife, 24 fev. 2009a.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANCHEZ, T. N. El movimiento de acceso abierto a La información y las políticas nacionales e institucionales de autoarchivo. **ACIMED**, Habana, v. 16, n. 3, p. 15-16. sep./sep. 2007.

SANTOS, M. J. F. S. Tema 2: Diseño de estudios y diseños muestrales em investigación cualitativa. In: NAVARRETE, M. L. V.; et al. **Introducción a las técnicas aplicadas em salud**. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. 2006. p.31-52.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 20. ed. São Paulo:Cortez, 1996.

SILVA, A. B. O. O sistema de informações estatísticas no Brasil e as relações entre seus produtores e usuários. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v.34, n.2, p.62-69, 2005.

SILVA, M. R. F.; NAVARRETE, M. L. V. Tema 1: Introducción a los fundamentos teóricos de La investigación cualitativa. In: NAVARRETE, M. L. V. et al. **Introducción a las técnicas aplicadas em salud**. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, 2006. p.19-30.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V.. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. São Paulo: Pioneira, 1991.

WACQUANT, L. Que é Gueto? Construindo um conceito sociológico. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, v. 23, n. 23, p. 155-164. Nov./2004.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco

QUESTIONÁRIO

(Gerentes e Coordenadores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco)

Número do questionário:

Hora Início:

Data:

Hora Fim:

Nome do entrevistado:

Cargo:

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO PERMANECERÃO
CONFIDENCIAIS

Entrevistador:

Conhecimento das ferramentas de acesso aos dados dos SIS(Marque com X)

<i>Ferramentas</i>	<i>Conhece</i>		<i>Utiliza</i>	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>Tabdos</i>				
<i>Tabwin</i>				
<i>Tabnet</i>				
<i>Cadernos de Informações de Saúde</i>				
<i>Indicadores de Dados Básicos</i>				

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(Gerentes e Coordenadores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco)

Número da entrevista:

Hora Início:

Data:

Hora Fim:

Nome do entrevistado:

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE ROTEIRO PERMANECERÃO CONFIDENCIAIS

Entrevistador:

Tema 1 – Relação com os dados de saúde em sua rotina de trabalho na SES-PE

Detalhar o tipo de relação.

- Solicita levantamentos a terceiros
- Solicita tabelas e/ou gráficos
- Solicita apresentações prontas
- Executa levantamentos
- Cria tabelas e/ou gráficos
- Cria apresentações
- Não trabalha com dados rotineiramente
- Outro – especificar

Tema 2 – Conhecimento das ferramentas de acesso aos dados dos SIS

Conhecimento sobre a existência das ferramentas de acesso aos dados dos SIS e seu potencial

Comentar e justificar sobre a utilização ou não das ferramentas.

Comentar sobre as facilidades e dificuldades na utilização das ferramentas dentro da SES-PE.

Sugestões para melhorar o acesso às ferramentas no âmbito da SES-PE.

Comentar sobre a necessidade de treinamento na utilização das ferramentas.

Comentar sobre os treinamentos existentes ou não, na SES-PE e no DATASUS, na utilização das ferramentas.

Tema 3 – Uso dos dados dos SIS captados pelas ferramentas de acesso do DATASUS.

Comentar sobre a influência ou não dos dados captados nas decisões tomadas.

Comentar sobre as formas de utilização dos dados captados: se existe uma preparação dos mesmos, ou são utilizados da forma que são recebidos.

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Questionário**

Nome da Pesquisa:

Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando um estudo sobre as ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizados pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco. Essas ferramentas foram desenvolvidas pelo DATASUS para facilitar o acesso da população aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde, facilitando o planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão, bem como democratizando tais informações.

Necessitamos então aplicar um questionário, com gerentes e coordenadores da SES-PE.

Queremos esclarecer que ao participar dessa pesquisa, V.Sa. tem o risco com relação à disponibilidade de seu tempo e exposição no seu serviço com relação ao tempo gasto na pesquisa.

Ao participar o(a) senhor(a) estará contribuindo para a análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco, e terá garantidos os seguintes direitos:

1. Esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, risco e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade;

Solicitamos ainda a sua autorização para que o material coletado passe a fazer parte de um banco de dados para estudos posteriores, respeitando as mesmas garantias acima. Este banco de dados ficará sob guarda do pesquisador responsável por este estudo.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar da pesquisa, pedimos que assine este termo, em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra conosco, informando que entendeu as explicações e que está concordando com elas.

Eu, _____,
 RG nº _____,
 domiciliado na Rua _____, nº _____,
 Bairro _____, Município/UF, _____,
 CEP: _____, tendo recebido as informações e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____
 (sujeito da pesquisa)

Assinatura: _____
 (pesquisador)

OBS: Em caso de dúvidas ou questionamentos procurar o pesquisador Severino Catão Rodrigues/SES-SECG-DGP-GIS, fone: (81) 31816313 scatao@hotmail.com

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
Entrevista**

Nome da Pesquisa:

Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos realizando um estudo sobre as ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizados pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco. Essas ferramentas foram desenvolvidas pelo DATASUS para facilitar o acesso da população aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde, facilitando o planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão, bem como democratizando tais informações.

Necessitamos então fazer uma entrevista, com gerentes e coordenadores da SES-PE. Tal entrevista deverá, com o seu consentimento, ser gravada em equipamento de áudio, e posteriormente transcrita para meio digital.

Queremos esclarecer que ao participar dessa pesquisa, V.Sa. tem o risco com relação à disponibilidade de seu tempo e exposição no seu serviço com relação ao tempo gasto na pesquisa.

Ao participar o(a) senhor(a) estará contribuindo para a análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos Sistemas de Informações em Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco, e terá garantidos os seguintes direitos:

1. Esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, risco e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade;

Solicitamos ainda a sua autorização para que o material coletado (fita gravada e documento digitado) passe a fazer parte de um banco de dados para estudos posteriores, respeitando as mesmas garantias acima. Este banco de dados ficará sob guarda do pesquisador responsável por este estudo.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar da pesquisa, pedimos que assine este termo, em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra conosco, informando que entendeu as explicações e que está concordando com elas.

Eu, _____,
 RG nº _____,
 domiciliado na Rua _____, nº _____,
 Bairro _____, Município/UF, _____,
 CEP: _____, tendo recebido as informações e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

(sujeito da pesquisa)

Assinatura: _____

(pesquisador)

OBS: Em caso de dúvidas ou questionamentos procurar o pesquisador Severino Catão Rodrigues/SES-SECG-DGP-GIS, fone: (81) 31816313 scatao@hotmail.com



Comitê de Ética
em Pesquisa

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Título do Projeto: Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos sistemas de informação em saúde disponibilizados pelo DATASUS, na Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Pesquisador responsável: Severino Catão Rodrigues

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 19/08/2009

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 45/09

Registro no CAAE: 0049.0.095.000-09

PARECER Nº 40/2009

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 03 de setembro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 03 de setembro de 2009.

Giselle Campos Gouveia
Giselle Campos Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 03/09/2010.