

**INDICADORES DE SAÚDE COMO APOIO À GESTÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Lourdes de Costa Remor – lu@saude.sc.gov.br¹
Carlos Augusto Monguilhot Remor - cremor@mbox1.ufsc.br²
Angélica C. D. Miranda – angelicam@furg.br³
Gregório Varvakis – grego@deps.ufsc.br⁴

RESUMO: O presente artigo aborda a utilização de indicadores de saúde para a tomada de decisão na gestão do SUS. Discute conceitos de serviços e de indicadores, fala dos indicadores e avaliação de serviços de saúde, bem como sobre os que são utilizados no âmbito do SUS. Como procedimento metodológico da pesquisa consultou-se os planos de saúde de dois municípios de Santa Catarina, elaborados para o período de uma gestão municipal de 2005 a 2008, escolhidos aleatoriamente. Procura mostrar que, embora haja indicadores de saúde, institucionalizados no âmbito do SUS, ainda assim, eles não são aproveitados no apoio à gestão do SUS. Tais indicadores institucionalizados poderiam servir para indicar várias estratégias e pontos de intervenção que facilitariam a gestão dos serviços. Finalmente, enfatiza a importância da gestão do conhecimento e a sua contribuição na utilização e no aproveitamento dos indicadores no apoio à gestão do SUS.

Palavras-chave: indicadores de saúde; gestão do SUS; gestão do conhecimento.

Abstract: this article discusses the use of health indicators for decision-making in the management of the SUS (united system of health). Discussing concepts of services and concepts of indicators, it speaks of indicators and evaluation of health services, and on those used in the scope of the SUS. As methodological procedure of this research, consultations were made on the health plans in two cities of Santa Catarina, prepared for the period of a municipal management, from 2005 to 2008, chosen randomly. The goal of this research is show that, although there are health indicators, institutionalized within the SUS, this indicators are not used to support the management of the SUS. Such indicators could serve to point a several of strategies and points of intervention that would facilitate the management of

¹ Graduada em Enfermagem; mestre em Engenharia de Produção; doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento, todos pela UFSC. Funcionária da Secretaria de Estado da Saúde – SES, Santa Catarina.

² Psicanalista, Graduado em Psicologia; Mestre em Literatura, Doutor em Engenharia de Produção (UFSC). É Professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Atualmente é Presidente da Maiêutica Florianópolis–Instituição Psicanalítica e Chefe do Departamento de Psicologia da UFSC/SC.

³ Bacharelado em Biblioteconomia, FURG, RG/RS, Mestrado em Engenharia de Produção, UFSC, Fpolis, SC. Doutoranda em Engenharia e Gestão do Conhecimento, UFSC, Fpolis/SC. Professora na Universidade Federal do Rio Grande, FURG, RG,RS.

⁴ Professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Doutor em Manufacturing Engineering, Loughborough University.

services. Finally, the research emphasizes the importance of knowledge management its contribution in the use and exploitation of indicators to support the management of the SUS.

Keywords: Information Management, knowledge management, health indicators; Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, serviço público de saúde do Brasil, dispõe de indicadores para medir o impacto que seus serviços causam na saúde da população e na qualidade da gestão. As informações sobre esses indicadores estão disponíveis em vários Sistemas de Informação, existentes no âmbito do SUS.

A idéia em desprevermos sobre a utilização dos indicadores como apoio a gestão, surgiu de indícios, de que a imensa quantidade de dados, permanecem armazenados em bancos de dados.

A ciência da informação refere-se a grande quantidade de informação disponível e até inútil se os colaboradores de uma organização não forem capazes de selecioná-las e buscá-las para o seu aproveitamento. Santos (2000, p. 206) coloca que o problema não é de acesso à informação, mas de decifrar o seu valor estratégico para utilizá-la no momento apropriado.

Isto posto, procuraremos investigar, através da análise de instrumentos de gestão do SUS, elaborados obrigatoriamente, cruzando com os sistemas de informação pertinente, a fim de constatar a utilização das informações no planejamento, gerenciamento e na própria gestão do SUS.

2. CONCEITOS DE SERVIÇOS E DE INDICADORES

Os principais produtos do SUS são as ações e serviços de saúde. Os serviços são, com freqüência, confundidos com o conceito de estabelecimento, ou seja, o local onde eles ocorrem. Exemplo disso é a constatação da avaliação de um estabelecimento ser considerada uma avaliação de serviço.

Na literatura de saúde, serviços são conceituados aproximadamente por Vieira-da-Silva (2005, p.22) como aqueles que,

“correspondem a um grau de maior complexidade de organização das ações onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde, como exemplo, um serviço de saúde ocupacional; serviço para atendimento pediátrico”.

E ações por aquelas que “dizem respeito às ações de promoção, prevenção, e cura desenvolvidas pelos agentes, individualmente”. Aqui fica mostrada a confusão dos conceitos, na medida em que a autora define o termo ‘ação’ por ele mesmo.

O léxico conceitua ação como “ato ou efeito de agir, de atuar; atuação, ato” Dicionário Aurélio Eletrônico (1999). Sugere, com isso, que se entenda ação como ato, que no SUS se poderia traduzir no fato de se fazer ou não fazer algo.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2006) define serviços de saúde como “estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada”. Mais uma vez, o conceito de serviço é confundido com o estabelecimento que o abriga.

Na área de Administração, Giansi (1994, p.32) conceitua produtos como “bens e serviços”, sendo que, se refere à bens como produtos tangíveis, materializados; e, serviços como produtos intangíveis, caracterizados pela presença do cliente concomitante à produção, e geralmente consumidos simultaneamente à produção. Nessa mesma direção, Grönroos (2006, p.90) conceitua serviços como “algo imaterial que pode ser caracterizado como uma atividade em que a produção e o consumo se dão simultaneamente, em grande medida”.

Ainda sobre o conceito de serviços, Parasuraman; Zeithaml e Berry (2006, p.97) afirmam que

“serviços não são objetos, mas são prestados, envolvendo o desempenho dos prestadores de serviços e, por isso raramente é possível estabelecer especificações de fabricação precisas quanto a uma qualidade uniforme”.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 que define os percentuais de aplicação de recursos financeiros para estados e municípios, na sua regulamentação que tramita no Congresso Nacional como PL 01/2003 aponta como necessária a definição do que são “ações e serviços de saúde” no âmbito do SUS, para evitar que os recursos financeiros vinculados à saúde sejam aplicados em outros setores. Isso mostra a necessidade da conceituação dada a inexistência de conceitos aceitáveis de ações e de serviços de saúde.

Pela imprecisão conceitual sobre os produtos do SUS e pela definição lexical, ficamos

inclinados a pensar em “ações” como atitudes e gestos, de forma que, utilizaremos aqui somente “serviços de saúde” para designar os produtos intangíveis desenvolvidos no âmbito do SUS, procurando assim, evitar essas confusões.

Quanto aos indicadores de saúde, existem inúmeros critérios, como fidedignidade,⁵ facilidade de obtenção⁶, representatividade⁷, entre outros para a escolha de um indicador a ser utilizado. Nesse sentido, por exemplo, Pereira (2002, 49-51), refere que, “em geral, o termo “indicador” é utilizado para representar ou medir aspectos não sujeitos à observação direta; a saúde está nesse caso, assim como a normalidade, a qualidade de vida e a felicidade. A escolha do indicador mais apropriado depende dos objetivos de cada situação, em especial, da questão científica formulada, assim como de aspectos metodológicos, éticos e operacionais”.

3. INDICADORES E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

É comum, nos procedimentos do SUS, que a avaliação dos serviços se utilize de indicadores embora muito especificamente para cada serviço e não para a gestão.

Quanto à avaliação, contudo, não existe um modelo que explicita a qualidade desses serviços. É necessário um modelo que descreva como a prestação de serviços é percebida pelos clientes, pois normalmente os serviços exigem elevado envolvimento do consumidor no processo de consumo, como comenta Grönroos (2006, p. 89-91).

No modelo de Grönroos (2006, p. 91), conforme figura 1, a avaliação de serviços deve contemplar o que é esperado e o que é percebido, referindo que,

“o serviço percebido é resultado da visão que o cliente tem de um conjunto de dimensões de serviço, algumas das quais são técnicas, enquanto outras são de natureza funcional. (...) Qualidade técnica, que responde à pergunta sobre o que o cliente recebe, e a qualidade funcional, que, por outro lado, responde à pergunta como ele o recebe. (...) Quando o serviço percebido é comparado com o serviço esperado, temos a qualidade do serviço percebida”.

Na saúde, os usuários, envolvidos com a prestação dos serviços, raramente são

⁵ Um indicador com característica de fidedignidade ou confiabilidade significa a obtenção de resultados semelhantes, quando a mensuração é repetida. Pereira (2002, p. 51)

⁶ A obtenção dos dados não deve causar inconvenientes, sob pena de limitar a colaboração dos trabalhos dos profissionais de saúde, podendo resultar em baixa cobertura e confiabilidade dos dados. Pereira (2002, p.51)

⁷ Representatividade – um indicador sanitário será tanto mais apropriado quanto maior cobertura populacional alcançar. Cobertura é um termo utilizado com esse propósito. Pereira (2002, p.51)

ouvidos.

Fig. 1 – Avaliação de Serviço

Fonte: Grönroos (2006 p. 91)

Visualizando a figura um, pode-se dizer que a qualidade técnica implica na qualidade funcional.

Como exemplo de qualidade técnica, cita-se a aplicação de uma vacina num posto de saúde. Espera-se que exista a vacina específica e que seja esta, a aplicada.

Do ponto de vista da qualidade funcional, observa-se o ato em si, ou seja, desde sua preparação até a aplicação. Desta forma, pode-se dizer que as etapas são avaliadas conjuntamente pelo cliente, dificilmente ele as analisará em separado. O conjunto de ações, do início ao final do processo, possibilitará sua percepção dessa prestação de serviço.

Se por um lado é importante conceituar a qualidade de serviços, tomando como base a percepção dos usuários, Giansesi (1994, p. 62) considera que “...a noção de qualidade é muito ampla para que se possa utilizá-la como meta na gestão das operações de serviços”.

É mais fácil a medição da qualidade quando se trata de bens do que quando se trata de serviços, pois os primeiros são em sua grande maioria, tangíveis e até padronizáveis. Enquanto os serviços implicam em certo grau de subjetividade e complexidade. Nessa direção, Parasuraman; Zeithaml e Berry (2006, p.97) citam que,

“os esforços para definir e medir qualidade vêm, em grande parte, do setor de bens. De acordo com a filosofia japonesa, que é a predominante, qualidade é nível zero de defeitos. Mas o conhecimento sobre a qualidade de bens não basta para compreender a qualidade de serviços, devido às características de intangibilidade, de heterogeneidade e inseparabilidade dos serviços”.

Mais especificamente, sobre a qualidade dos serviços, Parasuraman, Zeithaml e Berry (2006, p.97) afirmam que

“serviços não são objetos, mas são prestados, envolvendo o desempenho dos prestadores de serviços e, por isso raramente é possível estabelecer especificações de fabricação precisas quanto a uma qualidade uniforme”.

Esse fator dificulta o processo de avaliação de serviços, pois a falta de especificação impede a utilização de critérios e parâmetros que conformem um modelo.

Gianesi (1994, p.32) cita que, “embora haja exceções, os serviços são de difícil padronização, o que torna a gestão do processo mais complexa”. Indica que a avaliação dos resultados de serviços são, muitas vezes, dificultada pela sua intangibilidade. Assim, a qualidade dos serviços depende mais da capacidade, das habilidades e do conhecimento do que de uma normatividade padronizável.

A figura abaixo, adaptada de Rados (2005, p. 3), exemplifica claramente a visão do autor citado, numa prestação de serviço na área da saúde, comparando o intangível com o tangível. O serviço, que não pode ser estocado, que é prestado com a presença do consumidor / usuário e o produto como um bem estocado e padronizado.

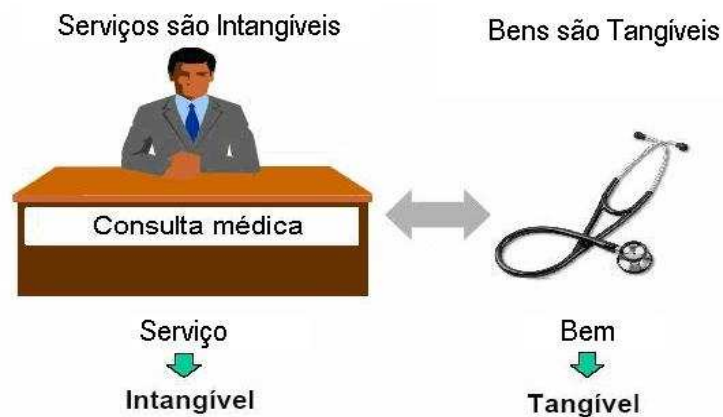


Fig. 2 – Prestação de Serviço

Fonte: Adaptado de Rados, (2005, p. 3)

Padronizar bens e discutir seus padrões de qualidade é algo menos complexo do que fazê-lo com os serviços. Verifica-se no dizer de Parasuraman, Zeithaml e Berry (2006, p. 97):

“serviços não são objetos, mas são prestados envolvendo o desempenho dos prestadores de serviço. Por isso raramente é possível estabelecer especificações de fabricação precisas quanto a uma qualidade uniforme. A maioria dos serviços não pode ser contada, medida, medida, inventariada, testada e verificada antes da venda para garantir a qualidade (...)”

As dificuldades em avaliar serviços aparecem nas tentativas de estabelecer tipos, formas, finalidades. Na área da saúde, para fins didáticos, Vieira-da-Silva (2005, p.17) cita o espectro da avaliação, no qual um extremo pode ser representado pelas avaliações presentes na vida cotidiana e outro extremo pela investigação avaliativa.

No SUS, parece predominar as avaliações presentes na vida cotidiana, que para Vieira-da-Silva (2005, p.17),

“corresponderiam a um julgamento que se faz a partir do recurso a noções oriundas do senso comum, a técnicas não sistemáticas de observação e à análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados”.

Diferente da pesquisa avaliativa que, segundo Vieira-da-Silva (2005, p.17),

“corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada sobre as características, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas”.

Vieira-da-Silva (2005, p.19) alerta para a enorme diversidade existente no interior do campo da avaliação e adverte que as tentativas de reduzir essa complexidade a algumas categorias correm o risco de excessiva simplificação.

4. INDICADORES UTILIZADOS NO ÂMBITO DO SUS

São muitos os indicadores existentes na saúde. A mortalidade foi o primeiro dado utilizado como indicador para avaliação em saúde coletiva. Ainda hoje, é um dos mais empregados, pelas facilidades operacionais, já que este é um dado de registro obrigatório. (PEREIRA, 2002, p.55).

Dentre os indicadores institucionalizados e utilizados para avaliação, estão os do pacto pela saúde. (BRASIL, 2006f). Além deles, o SUS dispõe de vários instrumentos chamados de gestão e de sistemas de informação, como o ‘Plano de Saúde’, a ‘Programação Anual’ e o ‘Relatório de Gestão’. Entre os sistemas de informação estão o de orçamento público em saúde – SIOPS; o ambulatorial – SIA/SUS; da atenção básica – SIAB; de mortalidade – SIM; de nascidos vivos – SINASC, entre outros.

Uma das formas de avaliação da gestão é realizada pontualmente, através da constatação da elaboração ou não desses instrumentos de gestão e da alimentação dos sistemas de informação.

O Ministério da Saúde, por meio das Portarias MS/GM nº. 548/2001a, nº 3.085MS/GM de 1º de dezembro de 2006c e nº 3.332 MS/GM de 28 de dezembro de 2006d, regulamenta o sistema de planejamento do SUS e aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS. Estabelece como instrumentos de gestão do SUS, o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão.

O Plano de Saúde é “o instrumento que representa as intenções e os resultados a serem buscados num período de quatro anos, os quais devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas”. (BRASIL, 2006a, p.50)

A Programação Anual de Saúde operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, enquanto o Relatório de Gestão funciona como prestação de contas, uma vez que “apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde”. (BRASIL, 2006b, 16,17)

Embora esses instrumentos de gestão devam mostrar o diagnóstico de saúde e da gestão, são elaborados e analisados de maneiras desconexas. Assim, fornecem indícios da condição da gestão e não a situação real.

Os instrumentos de planejamento do SUS apontam para a integração desses instrumentos com os instrumentos de planejamento de governo, objetivando a utilização deles como norteador do planejamento em saúde e não como mera formalidade de cumprimento legal.

Os sistemas de informação em saúde englobam componentes que permitem o processamento e a análise de informação, mas nem sempre são transformados em conhecimento e disseminados na Instituição, para serem utilizados na tomada de decisão gerencial. Eles também não são, ou são pouco utilizados para as decisões gerenciais, haja vista que as pessoas da instituição não estão familiarizadas com o manuseio das tecnologias. Isso é destacado por Vasconcellos (2000), citado por Vasconcellos; Moraes; Cavalcante (2002, p.221) que “alerta para a defasagem existente entre o avanço do conhecimento no campo das tecnologias de informação e a incorporação destas tecnologias no processo de gestão em saúde no Brasil”.

Alguns setores, que dispõem de técnicos mais familiarizados com avaliação de saúde, utilizam mais os indicadores e outros instrumentos de gestão na elaboração de relatórios. Contudo, não há uma cultura em aproveitar esses relatórios na tomada de decisão, mesmo em setores com técnicos mais capacitados.

5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Para a pesquisa, consultou-se os planos de saúde de dois municípios de Santa Catarina, elaborados para o período de uma gestão municipal de 2005 a 2008, escolhidos

aleatoriamente.

O ano escolhido para a pesquisa dos dados do evento selecionado (diabetes⁸) foi 2004, por tratar-se de um ano anterior ao início de uma gestão municipal, sendo que esses dados deveriam ser utilizados como base para o diagnóstico de saúde. Esperava-se que as ações e os serviços programados, descritos nos Planos de Saúde, contemplassem o evento pesquisado.

De acordo com as normas do SUS, os Planos de Saúde devem ser realizados a cada início de gestão de um governo e revisados anualmente. Foram consultados também as Agendas de Saúde e os Quadros de Metas. Era exigência legal que constasse nas Agendas de Saúde os eixos prioritários de saúde para o ano em curso e, no Quadro de Metas, o detalhamento dos serviços de saúde, também para o ano em curso. Brasil (2001a)

Para fundamentar a análise dos planos de saúde, foram coletados no sistema de informação da atenção básica – SIAB, o número dos portadores de diabetes, evento selecionado para a pesquisa, cadastrados e acompanhados pelo SUS, nos referidos municípios. Os usuários do SUS, portadores de diabetes, são acompanhados e tratados nas unidades de saúde das redes municipais, nível de atenção de saúde conceituado como atenção básica. A população utilizada foi a estimativa do IBGE (2006), população disponível, semelhante à população de 2004, ano do evento pesquisado.

O diabetes foi escolhido para o estudo em virtude de requerer ações de prevenção e promoção. As complicações advindas da falta de serviços de promoção e prevenção implicam em internação hospitalar, na qualidade de vida das pessoas afetadas e em alto custo no tratamento.

Foram utilizados somente os resultados de dois Planos de Saúde, de dois municípios, pois durante a pesquisa em outros planos, os mesmos mostraram-se reiteradamente semelhantes, o que não acrescentaria mais dados para a elaboração deste artigo.

Os nomes dos municípios selecionados para a pesquisa estão substituídos por números, por questões éticas, necessárias à preservação do sigilo.

5.1 Dados da pesquisa

No Brasil, o percentual de prevalência do diabetes mellitus é de 11% da população

⁸ Distúrbio metabólico em que está prejudicada, em grau variável, a capacidade de metabolização de glicídios, surgindo, em consequência, hiperglicemia, glicosúria e poliúria, além de sintomas tais como sede, fome, fraqueza, e distúrbios do metabolismo de lipídios. Aurélio Eletrônico (1999).

acima de 40 anos. Brasil (2006e)

As tabelas 1 e 3 mostram o número de pessoas dos municípios pesquisados, acima de 40 anos, faixa de prevalência da doença pesquisada.

As tabelas 2 e 4 mostram o número de usuários do SUS, portadores de diabetes, cadastrados e acompanhados nos municípios pesquisados. Esses dados foram coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Município 01

Tabela 1 – População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

Faixa etária (em anos)	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	177	169	346
1 a 4	721	707	1.428
5 a 9	983	918	1.901
10 a 14	1.048	1.031	2.079
15 a 19	1.079	1.041	2.120
20 a 29	1.643	1.725	3.368
30 a 39	1.680	1.857	3.537
40 a 49	1.333	1.389	2.722
50 a 59	731	774	1.505
60 a 69	421	517	938
70 a 79	184	274	458
80 e +	52	83	135
Ignorada	-	-	-
População Total – 2006	10.052	10.485	20.537
População Total – 2004			19.646

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Tabela 2 - Número de portadores de diabetes cadastrados e acompanhados pelo SUS em 2004

Município 1	Período	Diabetes cadastrados	Diabetes acompanhados
	2004	364/média/ano	342/média/ano

Fonte: Ministério da Saúde – SIAB

A população do município 1, acima de 40 anos é de 5.758 pessoas. O diabetes atinge

11% da população nessa faixa etária. O caderno da Atenção Básica nº 16 do Ministério da Saúde (2006e) refere que 75% da população brasileira é usuária do SUS. O cadastrado estimado de acordo com a literatura deveria ser de 11% de 75% das 7.598 pessoas, ou seja, aproximadamente, 475 pessoas, de acordo com o que é mostrado nas tabelas 1 e 2.

Nos resultados do município 1, os serviços programados para os portadores de diabetes estão na Agenda de Saúde e na descrição do Plano de Saúde, mas não estão nos Quadro de Metas. No entanto, os serviços descritos no Plano estão expressos de forma genérica, agrupados com as doenças degenerativas da seguinte maneira: diabetes mellitus, hipertensão, câncer ginecológico, mama e pele. Não especificam o quadro de pessoal e recursos financeiros. Descrevem serviços, mas não quantificam, não prevêm orçamento, fonte de recursos e também não definem responsabilidades.

No diagnóstico da situação de saúde do Plano, encontram-se problematizados o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas, alguns fatores de riscos. Contudo, a Agenda e o Quadro de Metas, não contêm o detalhamento desses serviços.

O quadro epidemiológico não descreve o perfil dos pacientes cadastrados, isto é, quantos apresentam alguma complicação decorrente da doença para a programação da demanda de consultas especializadas.

O Plano não refere a prevalência dos portadores de diabetes mellitus, sendo que o total da população no município pesquisado, acima de 40 anos é de 5.758 pessoas e o número dos portadores de diabetes cadastrados é de 364/média/ano. Esse indicador também não foi considerado no Plano de Saúde.

O Plano também não cita a cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família, cujas equipes, são responsáveis pelos serviços prestados na atenção básica, nível de atenção em que os portadores de diabetes mellitus são cadastrados e acompanhados pelo SUS.

Município 02

Tabela 3 - População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

Faixa etária (em anos)	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	319	249	568
1 a 4	1.206	1.157	2.363
5 a 9	1.702	1.629	3.331

10 a 14	1.722	1.521	3.243
15 a 19	1.541	1.567	3.108
20 a 29	2.639	2.601	5.240
30 a 39	2.695	2.624	5.319
40 a 49	1.741	1.679	3.420
50 a 59	1.027	1.058	2.085
60 a 69	565	632	1.197
70 a 79	303	359	662
80 e +	97	137	234
Ignorada	-	-	-
População Total – 2006	15.557	15.213	30.770
População Total – 2004			28.151

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Tabela 4 – Número de portadores de diabetes cadastrados e acompanhados pelo SUS em 2004

Município 1	Período	Diabetes cadastrados	Diabetes acompanhados
	2004	327/média/ano	307/ média/ano

Fonte: Ministério da Saúde – SIAB

A população do município 2, acima de 40 anos, somam 7.598 pessoas e o número de diabetes cadastrados é de 327. O cadastrado estimado de acordo com a literatura deveria ser de 11% de 75% das 7.598 pessoas, ou seja, aproximadamente, 626 pessoas, de acordo com o que é mostrado nas tabelas 3 e 4.

Nos resultados do município 2 estão citados no diagnóstico do Plano de Saúde, a internação e a mortalidade por diabetes. A mortalidade por doenças endócrinas, que inclui o diabetes aparece em 5º lugar no município, sendo a principal causa de morte desse grupo. Mas, não menciona o diabetes na Agenda de Saúde nem no Quadro de Metas, embora mencione nas prioridades, nos objetivos e nas estratégias de ação do Plano, a redução da mortalidade por diabetes e melhora da qualidade de vida.

Embora esse município cite a cobertura de 85% da população pela Estratégia de Saúde da Família, não difere em nada do outro município em relação à utilização dos indicadores de saúde.

5.2 Análise geral dos resultados da pesquisa

Dos dados obtidos na pesquisa pôde-se observar que os indicadores de saúde não são levados em conta. Isto pode ser constatado na descrição dos Planos de Saúde, nas Agendas e nos Quadros de Metas, confrontando-os com o diagnóstico de saúde, o Sistema de Informação da Atenção Básica e na própria literatura que cita o acometimento de 11% da população acima de 40 anos. Por ser o diabetes um evento que ocorre com frequência, deveria estar priorizado no diagnóstico e na programação dos serviços.

Os indicadores que são utilizados parecem ser por preferência e escolha do gestor. Somam-se a isso o agravante do fato de que um indicador é priorizado num instrumento de gestão e não é citado em outro, o que conota a falta de relação de interdependência de um instrumento com o outro, ou pior, que esses instrumentos, provavelmente, não são utilizados no cotidiano da gestão do SUS. Ou ainda, que foram elaborados, talvez, por alguma iniciativa pessoal isolada. Parece não ter havido nenhuma interlocução entre o gestor e os técnicos das áreas específicas sobre os problemas prioritários de saúde, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada para o desempenho das funções de saúde.

Os instrumentos de gestão consultados sugerem que as suas feitura são mero cumprimento burocrático, não sendo realizados e aproveitados como instrumentos de planejamento e gerenciamento da saúde. O Ministério da Saúde (2006, 19) referindo à gestão, ressalta que,

“é importante levar em conta o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e 48%, menos de 10 mil (estimativa populacional 2003/IBGE), apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização ainda precária, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS, neste nível”. (BRASIL, 2006a, p.19)

Os municípios pesquisados encontram-se nessa faixa dos 90% dos municípios com menos de 50.000 hab. Mas há que se considerar que é a maioria dos municípios, sugerindo que a situação real é a encontrada na pesquisa.

6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E A GESTÃO DO CONHECIMENTO NA UTILIZAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

O Setor Público de Saúde no Brasil dispõe de muitos sistemas de informação que conformam um rico banco de dados. Além dos institucionais, existem ainda muitos sistemas de informação que não foram agregados ao cotidiano das instituições. Mas eles por si só não contribuem para a gestão ou a tomada de decisão. A racionalização e a organização dos fluxos de informação, segundo Santos (2000, p.206) tornam-se elementos indispensáveis para a competitividade da empresa. A literatura traz a questão da escolha e da seleção da informação como fatores mais relevantes que o acesso.

Hoje, a gestão do conhecimento ganha importância na medida em que o grande volume **da produção** constitui-se de **serviços**, os quais dependem mais da capacidade, da habilidade e do conhecimento das pessoas. Diferentemente de ‘bens’, os serviços são de difícil padronização, característica que requer conhecimento, para que, aliado a capacidade e a habilidade das pessoas, possam produzir serviços com qualidade (GRÖNROOS, 2006, p. 91).

Em empresas, principalmente de serviços, o conhecimento deve estar organizado de maneira que possa ser utilizado. Santos (2000, p. 206) afirma que “a gestão da sobrecarga de informação torna-se um desafio para a empresa, sobretudo se considerarmos que a competitividade se cristaliza na atitude das organizações para gerir corretamente a informação”. Essa é uma das funções possibilitadas pela gestão do conhecimento que é definida por Rossatto (2003, p.7) como “um processo estratégico, contínuo e dinâmico, que visa gerir o capital intangível da empresa e todos os pontos estratégicos a ele relacionados e estimular a conversão do conhecimento”. Nessa mesma direção, Santos (2000, p.207) afirma que “a operação para buscar informações úteis e críticas exige procedimentos cada vez mais otimizados, através de desenvolvimentos de processos, metodologias e ferramentas, aliados ao conhecimento das fontes adequadas ao propósito da busca”. A engenharia e a gestão do conhecimento possibilitam, através de seus métodos, técnicas, sistemas, processos, a busca e a utilização estratégica das informações.

Na saúde, os indicadores conformam um rico banco de dados que precisariam ser aproveitados.

A produção de conhecimento demanda também um processo cognitivo no qual, dados e informações sejam processados e transformados em conhecimento. Considerando que o conhecimento é um atributo de grande valor, precisa ser gerenciado para que não se perca nem se dilua nas organizações.

De acordo com a teoria de Nonaka e Takeuchi (1997, p. 62), “a criação do conhecimento está na transformação do conhecimento tácito em explícito”. As organizações, muitas vezes, possuem grande potencial de conhecimento que podem ser perdidos para sempre. É o chamado conhecimento tácito, pertencente aos indivíduos, adquiridos com a experiência, mas que não conseguem transferir conceitualmente para outros. Esse conhecimento está somente na “cabeça” das pessoas e não se caracteriza como um conhecimento da organização. Para se transformar em um conhecimento organizacional, é necessário que ele seja transformado em conceitos, divulgado e aproveitado por muitos.

O modelo dinâmico de criação de conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997, p. 67) está fundamentado no pressuposto de que o conhecimento humano é criado e expandido através da interação social, entre o conhecimento tácito e o explícito. A essa interação, denominaram de conversão do conhecimento.

Mas, para que seja criado o conhecimento organizacional, Nonaka e Takeuchi (1997, p. 79 e 80) sugerem que há necessidade de acontecer “uma interação contínua e dinâmica entre o conhecimento tácito e o explícito. Essa interação é moldada pelas mudanças entre diferentes modos de conversão de conhecimento que, por sua vez, são induzidos por vários fatores”. As organizações precisam converter os conhecimentos tácitos, individuais, em conhecimentos explícitos e organizacionais, para que não se tornem dependentes de seus funcionários e vulneráveis na sua continuidade e competitividade.

Davenport e Prusak (1998, p.198) citam que “a perda de clientes, produtos mal desenhados, redução do índice de vitórias de contratos de prestação de serviços são problemas que podem ser atribuídos a má gestão do conhecimento”.

O SUS – plano público de saúde gratuito para os usuários – é bastante dispendioso para o governo, devido aos avanços tecnológicos incorporados à prestação de serviços de saúde. Fato que apóia a necessidade da construção de uma proposta de gestão do conhecimento, pois proporcionaria a aplicação de recursos com mais racionalidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse estudo, procuramos mostrar, através de uma pesquisa em Planos de Saúde, os indícios da não utilização ou subutilização dos indicadores de saúde, como apoio à gestão do SUS.

Uma gestão de saúde que utilizasse os indicadores como apoio no planejamento e na tomada de decisão estariam mais pautadas na realidade das condições de seus usuários, no perfil epidemiológico e nas necessidades de saúde, conforme pode-se constatar na análise e nos resultados da pesquisa.

Ao tomarmos como exemplos os instrumentos de gestão do SUS analisados nessa pesquisa, ficou claro que na construção desses instrumentos, as referências da literatura sobre a ocorrência do evento de saúde, a diabetes, não foram consideradas; que não utilizaram os indicadores dos sistemas de informação; não mencionaram os indicadores populacionais, haja vista, que a população é um indicador importante para a programação de serviços para o evento pesquisado; há uma completa desconexão entre o diagnóstico de saúde descrito nos Planos de Saúde com os serviços programados.

Os indicadores de saúde podem gerar conhecimento, mas não por si só. Eles necessitam de organização, elaboração, análise. Rossatto (2003, p.7) enfatiza que a “gestão do conhecimento só acontece se houver a participação ativa dos indivíduos e da empresa”. A prática cotidiana tem mostrado que a utilização dos indicadores na saúde tem se dado por iniciativas individuais, o que é insignificante para mudar uma realidade.

Em geral, os indicadores são aproveitados de forma pontual e dirigida a alguma finalidade específica. Isso merece uma reflexão: os indicadores se prestam para apoiar a gestão?

A gestão do conhecimento sugerida por Rossatto (2003, p.7) deve contemplar quatro elementos que ela denomina de fundamentais “a estrutura da organização, juntamente com suas ações, ativos intangíveis e todo o processo de conversão do conhecimento, que ocorre interna e externamente a ela”. Mais uma vez parece claro que é necessária a institucionalização do aproveitamento dos indicadores de saúde no apoio à gestão. Isso implica em sistematizar os conhecimentos, aproveitar os recursos existentes na organização e utilizar técnicas e métodos, capazes de agregarem valor à informação e distribuí-la.

A implantação de uma proposta de gestão do conhecimento, para a utilização das informações no apoio à gestão do SUS, deveria ser uma perspectiva a ser considerada. Consistiria na integração dos sistemas de informação, que possibilitasse a emissão de relatórios de conhecimento; que dispusesse de fluxo de informação e que esse sistema fosse institucionalizado na rotina e na cultura do SUS.

8. REFERÊNCIAS

ANVISA. Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>> Acesso em 03/11/2006

BRASIL. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 29/2000. 2000

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 01/2003. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PT. GM/MS nº. 548 de 12 de abril de 2001a. Aprova os instrumentos de gestão do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): Instrumentos básicos. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PT. GM/MS nº. 3.085 de 1º de dezembro de 2006c. Regulamenta o sistema de planejamento do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PT. GM/MS nº. 3.332 de 28 de dezembro de 2006d. Aprova os instrumentos básicos de planejamento do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 16. Brasília – DF, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº. 399/GM/MS de 22/02/2006. Brasil, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB. 2004. Datasus. Banco de Dados. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/c nv/SIABSSC.def>> Acesso em 10/05/2008

DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Tradução Lenke Peres. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Henrique Luiz. Administração Estratégica de Serviços. São Paulo: Atlas, 1994.

GRÖNROOS, Christian. “Um Modelo de qualidade de serviços e suas implicações para o marketing”. In: RAE – Revista de Administração de Empresas. Vol 46, nº 4 p 88-95, Out./Dez., 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações de saúde. DATASUS, Banco de dados. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popSC.def> Acesso em: 12/04/2008

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação do conhecimento empresarial**. Tradução Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

PARASURAMAN, A. ZEITHAML, Valarie A. BERRY, Leonardo L. “Um modelo conceitual de qualidade de serviço e suas implicações para a pesquisa no futuro”. In: **RAE – Revista de Administração de Empresas**. v. 46, nº 4, p. 96-108, Out./Dez., 2006.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RADOS, G. J. V. Processos e serviços. Florianópolis, 2006. Disponível em:
<[http://www.lgti.ufsc.br/posgraduacao/aula_00\(servicosGP\).pdf](http://www.lgti.ufsc.br/posgraduacao/aula_00(servicosGP).pdf)> . Acesso em: 15 dez. 2006.

ROSSATTO, Maria Antonieta. **Gestão do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Interciência, 2003.

SANTOS, Raimundo Nonato Macedo dos. Métodos e Ferramentas para gestão de inteligência e do conhecimento. **Perspectivas em Ciência Informação**. Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 205-215, jul./dez., 2000.

VASCONCELLOS, Miguel Murat.; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de; CAVALCANTE, Maria Tereza Leal. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n 61, p.219-235, mai./ago., 2002.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/FIOCRUZ; Rio de Janeiro: 2005. p.15-39.