



SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO: PLANEJAMENTO DAS AÇÕES NO TERRITÓRIO

HEALTH SITUATION ROOM AS A TOOL FOR MANAGEMENT: PLANNING THE TERRITORY OF SHARES

SALA DE SITUACIÓN DE LA SALUD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN: LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES EN EL TERRITORIO

Kerle Dayana Tavares de Lucena¹, Layza Souza Deininger², Eveline de Almeida Silva³, Daniela Cristina Moreira de Figueiredo⁴, Adriene Jacinto Pereira⁵, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna⁶

RESUMO

Objetivo: verificar a utilidade da sala de situação de saúde como uma ferramenta de gestão para o planejamento das ações no território. **Método:** estudo descritivo documental e retrospectivo realizado no Distrito Sanitário IV, pertencente ao Município de João Pessoa-PB, utilizando-se como fonte de dados secundários o Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB, o Sistema de Informação de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o Sistema de Informação do Citopatológico/SISCOLO e o Sistema de Informação de Mortalidade/SIM, no ano de 2011, o período de coleta foi em julho de 2012. **Resultados:** evidenciou-se a cobertura de Estratégia Saúde da Família e exames citológicos de, respectivamente, 89% e 29,5%, com cadastro de 47% dos hipertensos estimados na população acima de 18 anos, e captação de 57% dos usuários com diabetes mellitus, refletindo valores inferiores às metas planejadas. **Conclusão:** a sala de situação é uma ferramenta que pode ser utilizada para mapear as ações no território, auxiliando na tomada de decisão. **Descritores:** Indicadores de Saúde; Decisão; Planejamento.

ABSTRACT

Objective: verifying the usefulness of the health situation room as a management tool for planning actions on the ground. **Method:** a descriptive documental and retrospective study carried out in the Sanitary District IV, belonging to the municipality of João Pessoa-Paraíba, using as a secondary data the Information System of Primary Care/SIAB, the Information System for Hypertensive and Diabetics (HIPERDIA), the Information System of the Pap/SISCOLO and the Mortality Information System/SIM, in 2011, the collection period was July 2012. **Results:** it was showed up the coverage of the Family Health Strategy and cytological examinations, respectively, 89% and 29,5%, joined of 47% of hypertensive population estimated at over 18 years old, capturing 57% of patients with diabetes mellitus, reflecting lower values to the planned targets. **Conclusion:** the situation room is a tool that can be used to map the actions on the ground, assisting in decision making. **Descriptors:** Health Indicators; Decision; Planning.

RESUMEN

Objetivo: verificar la utilidad de la sala de situación de salud como herramienta de gestión para la planificación de acciones sobre el terreno. **Método:** un estudio descriptivo documental y retrospectivo realizado en el Distrito Sanitario IV, que pertenece al municipio de João Pessoa-Paraíba, utilizando como fuente de datos secundarios el Sistema de Información de la Atención Primaria/SIAB, el Sistema de Información de los Hipertensos y Diabéticos (HIPERDIA), el Sistema de Información del Citopatológico/Siscolo y el Sistema de Información sobre Mortalidad/SIM, en el año 2011; el periodo de recolección fue de julio de 2012. **Resultados:** se presentó la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia y de los exámenes citológicos, respectivamente, 89% y 29,5%, se unieron al 47% de la población hipertensa se estima en más de 18 años, capturando el 57% de los pacientes con diabetes mellitus, lo que refleja los valores más bajos que los objetivos previstos. **Conclusión:** la sala de situación es una herramienta que se puede utilizar para asignar las acciones sobre el terreno, dando la asistencia en la toma de decisiones. **Descriptores:** Indicadores de Salud; Decisión; Planificación.

¹Enfermeira, Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba/FCM-PB. Professora, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCM-PB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: kerledayana@gmail.com; ²Enfermeira, Especialista em Política e Gestão do Cuidado, Diretora Técnica do Distrito Sanitário II. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: layzasouza12@hotmail.com; ³Fisioterapeuta, Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Professora, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCM-PB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: eveline_fisio@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/FCM-PB. Teleconsultora do Ministério da Saúde. E-mail: dla.moreira@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Mestranda em Gestão e Tecnologia em Saúde, Hospital Sírio Libanês. Professora, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. E-mail: adriene.jacinto@uol.com.br; ⁶Nutricionista, Doutor em Saúde Pública, Coordenador e Professor da Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB). E-mail: viana_rodrigo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A estruturação do Sistema Único de Saúde/SUS possui requisitos básicos que impactam o processo de gestão, entre eles a necessidade de sistematizar informação estratégica para subsidiar suas políticas.¹ Os sistemas de informação em saúde contribuíram principalmente, no que se refere ao planejamento, à formulação de propostas, ao acompanhamento de ações e serviços, à avaliação dos serviços e à regulação do sistema de saúde. Assim, pode-se afirmar que os Sistemas de Informação em Saúde desempenham papel relevante para a organização dos serviços, pois os estados e municípios de posse das informações em saúde têm condições de adotar rapidamente, medidas de controle de doenças, por meio do planejamento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando tomadas de decisões.²

Propiciar a integração de tais informações, com oferta de diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, possibilitando a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades detectadas para fomentar a melhoria dos sistemas de informações em saúde e permitir a observância dos resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde, é parte dos alcances que as diversas experiências em Sala de Situação em Saúde vêm mostrando, em vários locais do país.

A Sala de Situação em Saúde/SDSS, é uma ferramenta que favorece ao uso da informação em saúde para a tomada de decisões, posto que se trata de proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar a dados sanitários e vinculá-la à gestão de governo em saúde. Considera-se um instrumento informatizado, que integra os principais sistemas de informações em saúde, produz um conjunto de indicadores selecionados e torna evidente, por meio da utilização de cores avaliativas, o grau de afastamento em relação a parâmetros oficiais.

A utilização desse instrumento permite desenvolver um diagnóstico situacional em saúde, com orientação ao passado, ao presente e ao futuro, para favorecer a tomada de decisões na busca de uma nova realidade ou de uma nova situação. A SDSS é um espaço físico ou virtual, que compreende um conjunto de indicadores do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população. Desde a década de 1990, tem sido um instrumento de gestão, haja vista que, engloba os indicadores de saúde e sócio-demográficos de um território, tornando indispensável na

determinação do processo saúde doença de uma comunidade.³

A SDSS pode ser compreendida também, como um conjunto de dados agrupados em uma determinada planilha, que são alimentados por diferentes sistemas de informação, permitindo assim, conhecer a realidade, o perfil, as necessidades da população, como também o trabalho realizado (oferta/demanda) pelo setor saúde e o impacto da mesma em uma determinada abrangência populacional, que pode ser compreendida pelo território de uma unidade básica de saúde, de um distrito, município, estado ou até mesmo de um país.²

De acordo com o Ministério da Saúde, a SDSS possibilita que as equipes trabalhem analisando as mais diversas informações, elencando prioridades, elaborando planos de saúde com metas para serem alcançadas, colaborando assim, com a gestão em saúde. Portanto, é uma ferramenta que favorece a uma série de tomadas de decisões e que pode ser usada nos mais diferentes níveis de gestão:⁴

(...) a sala de situação de saúde apoia processos decisórios em duas direções: por um lado, serve ao gestor (geralmente um secretário municipal, estadual ou próprio Ministro da Saúde) para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; e por outro lado, subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e que culmina nas unidades básicas de saúde onde se gera o dado primário.⁴

Levando-se em consideração o espaço do território em saúde, temos o município de João Pessoa organizado em cinco Distritos Sanitários. Esta divisão territorial compreende um processo social de mudanças de práticas sanitárias, envolvendo as dimensões política e ideológica na estruturação de uma nova lógica de atenção: paradigma da concepção ampliada do processo saúde-adoecimento. Tal processo implica em mudança cultural da abordagem sanitária, necessitando de um monitoramento dos indicadores de saúde para avaliar e planejar ações nos territórios.²

A sala de situação em saúde possibilita a identificação dos problemas prioritários de uma população em territórios definidos e as necessidades locais de saúde, subsidiando a gestão e o planejamento das ações de saúde. Permite que apoiador, equipe e direção vejam o cuidado, àquilo que é reflexo dos problemas nos processos de trabalho das equipes e que tem influenciado nos cuidados e/ou “descuidados” na comunidade nas quais estão inseridas.⁵ A partir daí, planeja-se de acordo com a realidade do território e da equipe,

considerando as informações produzidas pelos indicadores.³

O Distrito Sanitário IV, a equipe, disposta pelo Apoiador da Gestão da Informação, elabora a princípio a análise de situação de saúde da população pertencente ao território. A partir da apresentação e discussão dos dados, estabelecem-se prioridades de saúde, definidas nos planos de saúde e vinculadas às metas técnicas - políticas de nível local, regional e nacional. Definidas as prioridades, segue-se a identificação dos indicadores, de fontes de informação e da periodicidade de atualização, para apresentação e discussão na sala de situação, sob a forma de relatórios quanti-qualitativos, apoiados em gráficos, mapas e outros registros audiovisuais.

A sala de situação, sob a liderança do gestor, converte-se em um espaço de interação da equipe, onde se tomam decisões baseadas em dados analisados que geram informação e conhecimento, em contextos sociais, econômicos, históricos, particulares da população em questão. Ela apoia processos decisórios em duas direções: por um lado, serve ao gestor para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; e por outro, subsidia a decisão do Apoiador da Gestão da Informação que culmina nas Unidades de Saúde da Família, onde se gera o dado primário.³

Este estudo tem o objetivo verificar a utilidade da sala de situação de saúde como uma ferramenta de gestão para o planejamento das ações no território.

MÉTODO

Estudo documental, retrospectivo e descritivo, realizado no Distrito Sanitário IV, pertencente ao Município de João Pessoa-PB, utilizando-se como fonte de dados secundários o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação de

Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), O Sistema de Informação do Citopatológico (SISCOLO) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no ano de 2011⁷, o período de coleta foi julho de 2012.

Selecionaram-se alguns indicadores definidos a partir do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual para o ano 2011, são eles: 1.saúde da mulher: cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino nas mulheres de 25 a 59 anos; 2. saúde da criança: taxa de mortalidade infantil pós-neonatal; 3. saúde do adulto: captação de portadores de hipertensão arterial sistêmica; captação de portadores de diabetes mellitus.

A consulta ao SIA/SUS e SIAB permite acompanhamento da programação da produção ambulatorial e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas, orientando a avaliação da organização da saúde nos municípios. Entretanto, esse tipo de estudo apresenta limitações inerentes aos estudos que utilizam dados secundários, tais como impossibilidade de controlar e/ou garantir a qualidade dos dados, ainda assim, vale salientar a importância da disponibilidade pública destes dados e sua utilização por pesquisadores e gestores a fim de ajudar no processo de planejamento das ações e serviços de saúde.¹

Para análise de dados, calcularam-se os indicadores selecionados, descrevendo os percentuais e elaborando as frequências das variáveis no programa estatístico do Epi Info versão 3.5.1, com apresentação dos resultados em formato de tabelas, comparando-os com as metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde. Conforme apresenta Tabela 1.

Tabela 1. Indicadores adotados para análise dos dados, Distrito Sanitário IV, João Pessoa (PB), 2011.

Indicador	Forma de cálculo		Fonte	Meta
Cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino nas mulheres de 25 a 59	Nº de exames citopatológico cérvico-vaginal em mulheres na faixa etária de <u>25 a 59 anos, no DSIV, JP, no ano de 2011</u>		Numerador: SISCOLO Denominador: SIAB.	30% ao ano
	População feminina, na faixa etária de 25 a 59, no DSIV, JP, 2011.			
Mortalidade infantil pós-neonatal	Número de óbitos entre 28 e 364 dias de vida/nascidos vivos/Número de nascidos vivos de mães residentes		SIM e SINASC	Inferior a 14%
Captação dos portadores de hipertensão arterial	Nº de portadores de hipertensão cadastrados <u>no DSIV,JP, 2011</u>	X100	Numerador: Hiperdia Denominador: SIAB	Aumentar em 10% até a meta de 70%
	Nº de portadores de hipertensão estimados, no DSIV,JP, 2011			
Captação dos portadores de diabetes mellitus	Nº (ou média) de portadores de diabetes cadastrados <u>no DSIV,JP, 2011</u>	X100	Numerador: Hiperdia Denominador: SIAB	Aumentar em 10% até a meta de 70%
	Nº de portadores de diabetes estimados, no DSIV,JP, 2011			

RESULTADOS

Em 2011, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o DS IV possui 21.650 famílias cadastradas, o que totaliza

74.879 pessoas, sendo 53% do sexo feminino e destas, 36,5% está na faixa etária de 20 a 39 anos, caracterizando uma população adulta-jovem.

Bairro	Usf	Nº de equipes
Alto do Céu	Alto do Céu I	1
	Alto do Céu II	1
	Alto do Céu Integrado/ UBS Lourival Gouveia	4
Mandacaru	Mandacaru VII	1
	Mandacaru VIII	
	Mandacaru IX	
	UBS Mandacaru	
Ipês	Ipês	1
Padre Zé/ Jardim 13 de Maio	Viver Bem Integrado/UBS Francisco das Chagas	4
Roger	Roger I e II	2
	Roger III	1
Tambiá	Tambiá	1
Varadouro	Varadouro I e II	2
	Cordão Encarnado I	1
	Cordão Encarnado II	1
	Distrito Mecânico	2
	Ilha do Bispo I e II	2
Ilha do Bispo	Ilha do Bispo I e II	2
Total	-----	26 Usf 3 Ubs

Figura 1. Equipes de Saúde da Família e UBS do DSIV, JP,2011.

O distrito Sanitário IV engloba onze bairros, contudo apenas nove possuem Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) em seu território, num total de 26 USF e três UBS, apresentando uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 89%.

Tabela 2. Cobertura da prevenção do câncer cérvico-uterino nas mulheres de 25 a 59 anos, Distrito Sanitário IV, João Pessoa (PB), 2011. Fonte, SISCOLO E SIAB, 2011.

USF's	Frequência de citopatológicos realizados/População de mulheres de 25 a 59 anos
Alto do Céu I	1,11%
Alto do Céu II	1,16 %
Alto do Céu III	1,78 %
Alto do Céu IV	1,09 %
Alto do Céu V	2,31 %
Alto do Céu VI	1,11%
Mandacaru VII	1,69 %
Mandacaru VIII	1,90 %
Mandacaru IX	2,08 %
Padre Zé I	1,80%
Padre Zé I	1,56%
Padre Zé I	0,28%
13 de Maio	1,65%
Roger I	1,30%
Roger II	1,71%
Roger III	1,50%
Tambiá	0,16%
Ipês	2,39%
Varadouro I	1,82%
Varadouro II	1,15%
Cordão I	1,32%
Cordão II	2,07%
Ilha do Bispo I	1,92%
Ilha do Bispo II	1,14%
Distrito I	0,84%
Distrito II	0,50%
Total	29,5%

Durante o ano de 2011, foram realizados 5784 exames citológicos em mulheres na faixa etária de 25-59 anos para uma população de 19.604 mulheres. A cobertura foi de 29, 5%, não atingindo a meta pactuada (30%) ao ano. Observa-se que as USF's com indicadores mais

baixos foram: Padre Zé I, Tambiá, Distritos I e II.

Tabela 3. Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, Distrito Sanitário IV, João Pessoa (PB), 2011. Fonte, SINASC, 2011.

USF's	Número de óbitos entre 28 e 364 dias de vida/nascidos vivos/Número de nascidos vivos de mães residentes
Alto do Céu I	1,11%
Alto do Céu II	1,16 %
Alto do Céu III	1,78 %
Alto do Céu IV	1,09 %
Alto do Céu V	2,31 %
Alto do Céu VI	1,11%
Mandacaru VII	1,69 %
Mandacaru VIII	1,90 %
Mandacaru IX	2,08 %
Padre Zé I	1,80%
Padre Zé I	1,56%
Padre Zé I	0,28%
13 de Maio	1,65%
Roger I	1,30%
Roger II	1,71%
Roger III	1,50%
Tambiá	0,16%
Ipês	2,39%
Varadouro I	1,82%
Varadouro II	1,15%
Cordão	1,32%
Encarnado I	
Cordão	2,07%
Encarnado II	
Ilha do Bispo I	1,92%
Ilha do Bispo II	1,14%
Distrito	0,84%
Mecânico I	
Distrito	0,50%
Mecânico II	
Total	14%

A taxa de mortalidade infantil pós-neonatal teve incidência de 14% durante o ano de 2011. Tal indicador estima o risco de um nascido

vivo morrer entre o 28º e 364º dias completos de vida. O que representa a qualidade da assistência prestada a saúde da criança.

Tabela 4. Usuários com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, cadastrados e acompanhados de acordo com a estimativa da população acima de 18 anos no Distrito Sanitário IV no ano de 2011. Fonte: SIAB, SISHIPERDIA, 2011.

Hipertensos	2011
População maior que 18 anos	63.800
Hipertensos estimados	15.450
Hipertensos cadastrados	7.192
Captação dos portadores de hipertensão arterial	47%
Hipertensos acompanhados	5.829
Percentual de cobertura dos acompanhados	81%
DIABÉTICOS	2011
População maior que 18 anos	63.800
Diabéticos estimados	3.380
Diabéticos cadastrados	1.926
Captação de portadores de Diabetes Mellitus	57%
Diabéticos acompanhados	1.643
Percentual de cobertura dos acompanhados	85,5%

Pode-se observar na Tabela que 81% dos hipertensos cadastrados são acompanhados pelas equipes de saúde, sabe-se que este percentual encontra-se baixo e que é necessário intensificar nossas ações referentes ao acompanhamento deste usuário e de sua família. Ainda é possível identificar nesta tabela que 47% dos hipertensos estimados para população acima de 18 anos são cadastrados.

No tocante ao indicador de captação de portadores de Diabetes Mellitus, verificou-se baixa captação de usuários portadores da

patologia supracitada (57%) para uma meta de 70% conforme se evidencia na Tabela 4.

DISCUSSÃO

No ano de 2008 com o objetivo de monitorar os indicadores de saúde e despertar no trabalhador a importância de ter o olhar voltado para os dados trabalhados, a gestão municipal de João Pessoa, disparou um movimento denominado Vantagem Pecuniária Individual (VPI). Essa estratégia refere-se a bonificar os profissionais que atingirem os indicadores considerados prioritários para o município.

Diante do exposto e considerando que compete à gestão municipal do SUS, avaliar, monitorar, executar, controlar as ações e serviços de saúde, apresenta-se os indicadores de saúde do DSIV no ano de 2011.

♦ Saúde da Mulher

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura - 80% - e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.^{8,9}

Considera-se que parte da manutenção dos indicadores esta associado ao aumento e a melhoria do diagnóstico e outra parcela cabe ao gestor deste município que definiu como prioridade o fortalecimento de uma linha de cuidado que perpassa todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.¹⁰

♦ Saúde da Criança

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, de 1984 marcou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando para isso a estratégia da assistência integral, buscando a integração das diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde e utilizando atividades de baixa complexidade e baixos custos.¹¹

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 5 anos é complexo, e a partir do processo de municipalização da saúde, tendo como perspectiva a atenção integral à saúde da criança, que pressupõe, além de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre a população usuária e os serviços.

Taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. O Ministério da Saúde tem ciência que essa redução é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade brasileira e sabe que a mortalidade infantil é uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um problema de saúde pública.¹²

♦ Saúde do Adulto

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as

complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.¹³⁻¹⁵

Considerando o exposto e o quantitativo de hipertensos cadastrados no Distrito IV, são desenvolvidas pelas equipes, constantemente, estratégias que visam modificar estilos de vida, estas são realizadas nos grupos operativos, nas ações educativas junto às escolas, nas salas de espera e nas visitas domiciliares. Entende-se que estas ações aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e ao coletivo geram maiores impactos na mudança de hábitos.

Na mesma ótica, o controle rigoroso da glicemia, associado a medidas preventivas e curativas, em conjunto podem prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético.¹⁴

CONCLUSÃO

As metas pactuadas para exames citológicos, cadastramento de hipertensos e diabetes mellitus foram inferior à meta pactuada no Plano de Gestão Municipal e Pacto pela Saúde /MS.

A utilização desta ferramenta possui pontos positivos observados, e que podem ser destacados: a utilização de bases de dados locais; a captura automática de dados; a construção de indicadores e sua classificação por comparação com parâmetros; a possibilidade de se apresentar julgamento conclusivo sobre as informações armazenadas e, a sua construção coletiva.

Apesar de suas potencialidades, o trabalho com a Sala de Situação também apresenta limitações, por exemplo, a completude e fidelidade dos registros referentes às próprias bases de dados utilizadas, à mobilidade da população de abrangência, ao uso de indicadores baseados em pequenos números e às dificuldades de atualização dos parâmetros. É preciso destacar que em relação à qualidade das informações, faz-se necessária a realização de um trabalho visando à conscientização e o consequente compromisso do profissional de saúde com o registro de suas atividades diárias.

Enfrentar as questões de saúde exige das autoridades, gestores e técnicos, conhecerem a realidade, focalizar as políticas públicas com planejamentos e decisões racionais para priorizar esse ou aquele tipo de ação, e que tenham a maior efetividade e eficiência no

uso dos escassos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Estas decisões devem ser tomadas com base em informações abrangentes, confiáveis e atualizadas, porém, na área de informações em saúde, identificamos múltiplos sistemas de informação desarticulados, com níveis de cobertura e oportunidade não homogêneos. A sala de situação é uma ferramenta que pode ser utilizada para reorganizar os processos de trabalho em saúde e mapear as ações no território, auxiliando na tomada de decisão.

É imperioso ressaltar a necessidade de mudança das práticas em saúde, ainda voltadas ao modelo biologicista tradicional, qualificação dos profissionais com base na educação permanente em saúde e a articulação entre as instituições de ensino com os serviços contemplando discussões sobre indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
2. Bueno H. Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2010.
3. Moya J, Santos E, Mendonça AV. Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde; 2010.
5. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Saúde e Cidadania. Faculdade de Saúde Pública- USP. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis; 1998.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa-CONEP. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos; 2002.
8. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2nd ed. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
9. World Health Organization. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes[Internet]. Switzerland: WHO, 2007. Available from: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf
10. Medronho R. Epidemiologia. 2nd ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
11. Laurenti R, Buchalla CM. Indicadores da saúde materna e infantil: Implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 1997 [cited 2013 May 20];1:18-22. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000100004
12. Arntzen A, Andersen AMN. Social determinants for infant mortality in the Nordic countries, 1980 - 2001. Scand J Public Health [Internet]. 2004 Oct [cited 2013 May]; 32(5):381-9. Available from: <http://sjp.sagepub.com/content/32/5/381.short>. DOI: 10.1080/14034940410029450
13. Paes N, Andrade F. Efetividade do controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família em João Pessoa (PB). Rev Saude Debate. 2012; 36(93).
14. Malfatti C, Assunção, A. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. Rev Ciencias Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2013 June 13];16(6): 1383-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700073&script=sci_arttext
15. Costa IKF, Tibúrcio MP, Melo GSM, Nunes JP, Néo MEMF, Torres GV. Caracterização dos diabéticos e hipertensos acompanhados pelo sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. J Nurs UFPE Online [Internet]. 2012 Nov [Cited 2013 June 12];6(11):2719-28. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3281> DOI: 10.5205/reuol.ISSN: 1981-8963 2185-16342-1-LE.0611201214

Submissão: 05/11/2013

Aceito: 26/11/2013

Publicado: 01/03/2014

Correspondência

Layza de Souza Chaves Deininger
Rua Bel Irenaldo de Albuquerque Chaves, 201
/ Bl. F / Ap. 405
Bairro Jardim Oceania
CEP: 58-036460 – João Pessoa (PB), Brasil