

Análise da influência dos fatores institucionais na utilização dos SIS pelas Secretarias Estaduais de Saúde

Autoria: Vanessa Marques Daniel, Gabriela Viale Pereira, Marie Anne Macadar

A área da saúde pública brasileira vem desenvolvendo Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com o objetivo de apoiar os processos de gestão dos serviços públicos em saúde. Devido a importância desses sistemas, tem-se como objetivo verificar a influência dos fatores institucionais na utilização dos SIS pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O método adotado foi o estudo de casos múltiplos nas Secretarias de Saúde dos Estados do Paraná e Rio Grande do Sul. Com base no modelo conceitual proposto foram apresentados os diferentes fatores institucionais que influenciam na utilização dos SIS, na forma de pressões coercitivas, miméticas e normativas.

1 Introdução

O desenvolvimento das TICs em ambientes de governo, onde se incluem também os Sistemas de Informação (SI), possibilita condições para o fornecimento mais efetivo de serviços públicos, acarretando melhor gestão e o aprimoramento da criação de Políticas Públicas (Laia, 2009). Diniz, Barbosa, Junqueira e Prado (2009) afirmam que entre os fatores que determinaram o uso extensivo das TICs pelos governos para melhoria de seus processos internos e prestação de serviços estão: a mudança do processo informacional centrado no papel para mídias eletrônicas; o uso dessas tecnologias de forma generalizada pela sociedade; o progresso da internet; e os fatores relacionados à Reforma do Estado, à modernização da gestão e à busca pela eficiência.

Seguindo esta tendência, a área da saúde pública brasileira desde a década de 70 vem desenvolvendo Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com o objetivo de informatizar seus dados, e além disso, ter informações confiáveis para apoiar os processos de gestão dos serviços públicos em saúde. Os SIS são artefatos tecnológicos que respaldam gestores das três esferas governamentais a obter informações imprescindíveis para apoiar a gestão e o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que a incorporação de SIS na saúde pública brasileira pode ocorrer por influências diretas do ambiente organizacional, optou-se por utilizar nesta pesquisa a Teoria Institucional como lente teórica, uma vez que esta consegue dar explicações quanto à influência dos fatores ambientais, sejam eles de cunho coercitivo, normativo ou mimético, no momento da decisão do uso das TICs em governos. A perspectiva institucional entende que as organizações inseridas em um mesmo campo organizacional sofrerão pressões que as tornarão mais homogêneas, para obterem legitimidade. Meyer e Rowan (1977) afirmam que as organizações sofrem transformações simbólicas e cerimoniais, que acarretam em mitos institucionalizados no campo organizacional, ao invés dessas mudanças darem-se de forma racional, através de cálculos utilitaristas de custo e benefício.

Assim, esta pesquisa optou por usar esta lente teórica por entender que a utilização das TICs na esfera pública se dá por influências contextuais peculiares ao seu campo organizacional, que vão além da adoção de práticas mais eficientes. Segundo Tolbert e Zulcker (1999), quando uma prática está institucionalizada no seu campo organizacional, ou seja, é legítima e reconhecida, sua estrutura foi propagada a todos os atores pertencentes ao campo e a sua estrutura está perpetuada por um considerável período de tempo.

O objetivo do artigo é verificar a influência dos fatores institucionais na utilização dos SIS pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Para atendimento do objetivo da pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa de pesquisa, com estudos de casos múltiplos nas SES dos Estados do Paraná e Rio Grande do Sul, tendo como unidade de análise o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD).

O artigo está organizado em seis seções. Na primeira apresenta-se o referencial teórico sobre SIS. A segunda seção traz a questão do campo Organizacional e os processos isomórficos a partir da vertente sociológica da Teoria Institucional. As seções três e quatro abrangem o modelo conceitual, as proposições de pesquisa e os aspectos metodológicos utilizados para desenvolver este estudo. Por fim, a quinta e a sexta seção deste documento englobam a análise dos resultados e as considerações finais, em que são discutidas algumas limitações do estudo e sugestões de pesquisas futuras.

2 Sistemas de Informação em Saúde

Para Haux (2006) os SIS são todo e qualquer sistema que processa os dados, transformando-os em informação ou conhecimento na área da saúde, com a finalidade de colaborar para melhorar a qualidade da saúde da população. Os SIS distinguem-se dos Sistemas de Informações Hospitalares, pois segundo trata-se apenas de uma unidade de um

SIS por gerenciar apenas as informações em âmbito hospitalar. De forma mais ampla, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define SIS como um SI que engloba a coleta, o processamento, a comunicação e o uso de informações essenciais para aprimorar a efetividade dos serviços de saúde (WHO, 2004).

As TICs nesse ambiente têm sido utilizadas nas mais diversas esferas no que tange ambientes em saúde, podendo citar: Prontuário Eletrônico, Sistema de Informação em hospitais, Telemedicina, etc. Essas tecnologias possuem um enorme potencial para propulsionar melhorias que envolvem ganhos de qualidade e acessibilidade no que tange aos cuidados em saúde e a melhoria considerável do custo-benefício (Souza-Junior, Cunha, & Dornelas, 2009). No contexto brasileiro, destaca-se também o uso das TICs na esfera pública de saúde, promovendo uma gestão mais qualificada das informações neste âmbito, com o intuito de apoiar os gestores no momento de planejar e desenvolver Políticas Públicas. Atualmente no Brasil o órgão responsável pelo fomento de SIS e gestão dos dados na área da saúde é o Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

2.1 DATASUS

O DATASUS foi criado em 1991 através do Decreto nº 100. Esse decreto além de regulamentar a transferência dos funcionários que iriam compor o quadro de servidores da FUNASA – oriundos da Diretoria de Sistemas de Saúde da DATAPREV, Fundação Serviços de Saúde Pública - Fundação SESP e Superintendência de Campanhas de Saúde – SUCAM - retirou da DATAPREV a função específica de controle e processamento das contas referentes ao setor Saúde, que passaram à responsabilidade do Ministério da Saúde, por delegação atribuída à Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, através do seu Departamento de Informática (BRASIL, 2002a).

Somente em 1998 o DATASUS passou a vincular-se ao Ministério da Saúde, vistas as necessidades desse ministério em ter um órgão com as características do DATASUS (BRASIL, 2002a). Nesse período, o Ministério passou por mudanças em sua estrutura e em sua missão, passando a ter o entendimento da importância da informação tanto para os processos de gestão quanto para a formulação de Políticas Públicas (BRASIL, 2002a). Outro fator que levou à transferência desse órgão ao MS foi a necessidade de alinhar o DATASUS às necessidades do MS e do SUS.

O DATASUS possui como grande atribuição gerenciar as informações da área da Saúde no Brasil. Para isso, esse órgão disponibiliza para secretarias municipais e estaduais de saúde SI que fornecem informações imprescindíveis para o desenvolvimento de uma boa gestão em saúde de acordo com as peculiaridades de cada região. Para que estes sistemas sejam ferramentas cruciais para a gestão da saúde é preciso que esses sejam supridos de dados qualificados, pois a partir das informações geradas nestes sistemas se dará o planejamento da oferta de serviços de saúde, juntamente com a alocação dos recursos disponíveis.

De acordo com o site do DATASUS, atualmente estão disponíveis para uso da esfera pública 39 sistemas distintos, estando esses sistemas agrupados em nove categorias. São elas (BRASIL, 2012): a) ambulatoriais – sistemas de domínio público voltados para a gestão das informações ambulatoriais; b) epidemiológicos – sistemas que reúnem informações sobre as incidências das doenças sobre a população; c) financeiros – compreende desde informações sobre orçamento público até remuneração aos prestadores de serviços de saúde; d) hospitalares – compreende informações financeiras a respeito das internações hospitalares, sistemas para gerenciamento de hospitais e alguns sistemas específicos para algum programa do governo; e) estruturantes – contribuem para a estruturação de informações no SUS; f) eventos vitais – sistemas de dados de nascimento e mortalidade; g) tabulação – sistemas para tabulação das informações; h) sociais – sistemas para o apoio à Programas Sociais do Governo; i) regulação – sistemas voltados para otimização na alocação e distribuição de recursos de diversas espécies.

Em função do foco deste estudo, a seguir é detalhado o histórico do SIM e do SIHD, sistemas de base nacional desenvolvidos e mantidos pelo DATASUS.

2.1.1 O Histórico do Sistema de Informação sobre Mortalidade

Há indícios no Brasil da preocupação com registros de óbito desde 1914, quando foi sancionada a Lei nº 1870 que criou a Diretoria Geral de Estatística, que possuía como competência a gestão de dados sobre nascimentos, casamentos e óbitos (Jorge; Laurenti; Gotlieb, 2009). Em 1973 a Lei nº 6.015 sanciona que todo óbito ocorrido no país deveria obrigatoriamente ter seu registro feito em cartório.

Fatos que ocorreram nas décadas de 60 e 70 ajudaram a impulsionar a conscientização das autoridades competentes sobre a importância da criação de uma sistema de base Nacional sobre informações de mortalidade, a saber (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009):

- a) atuação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) em trabalhos sobre estatísticas vitais no Norte e Nordeste do País;
- b) atuação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) em ministrar cursos de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) datado desde a década de 60; participação em estudos coordenados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre mortalidade em adultos e mortalidade infantil;
- c) criação de SI estaduais sobre mortalidade e a inexistência de informações de óbitos no Brasil nos Anuários Internacionais da OPS, OMS e Nações Unidas.

Vistos os pressupostos favoráveis a construção do sistema, em 1975, O MS percebendo a importância de um SI dessa natureza, preconizou a implantação de um SIS, em que existiria um subsistema de mortalidade com dados abrangentes e confiáveis. A partir disso, no mesmo ano se institucionalizou uma equipe de trabalho para apoiar a concepção desse sistema. Essa equipe verificou que em todo país havia diferentes tipos de atestados de óbito (com informações distintas) e também diferentes fluxos dessas informações até chegar ao órgão competente (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009).

Tendo em vista essas constatações, o grupo de trabalho recomendou a adoção de um modelo único de Declaração de Óbito em todo o Brasil e que esse documento deveria seguir um fluxo padronizado. Outra sugestão foi de que isso deveria ser feito pelo nível central, pois na época tinha-se a ideia de que as ações deveriam ser sempre centralizadas (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009).

Com o intuito de divulgar em âmbito nacional essas decisões e também ter a adesão dos outros estados brasileiros, no mesmo ano foi realizada a primeira reunião nacional sobre Sistemas de Informações em Saúde. Nesse evento foi apresentada a situação atual das informações em saúde e as perspectivas para o futuro, bem como apresentado o novo modelo de DO para o subsistema de Informação de Mortalidade (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009 apud BRASIL, 1984-1998). Nessa convenção, aprovou-se o modelo único de DO, os fluxos que deveriam ser seguidos e dados a serem sistematizados “ficando claro que, com base na experiência já existente no Estado do Rio Grande do Sul” cada UF poderia ampliar o número de variáveis a serem tabuladas (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009, p.73).

Como consequência iniciou-se o processo de implementação do SIM em todo o país. Foram desenvolvidos materiais didáticos para apoio a utilização do sistema e codificação da causa da morte. Fez-se na época também um grande trabalho de treinamento do capital humano, o qual abrangeu desde a sensibilização das autoridades e a formação de médicos, ressaltando a importância do preenchimento correto da DO, até os responsáveis pelo processamento e análise dos dados (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009, p.73).

Desde que foi concebido, o SIM esteve sob responsabilidade de diferentes setores do MS, devido a mudanças estruturais ocorridas em sua configuração. Em 2003 o SIM passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Outra informação importante que deve ser destacada é que durante muitos anos desde que foi concebido o sistema e a padronização da DO, não houve uma legislação que obrigasse a utilização destes. Somente em agosto de 2000, através da Portaria Funasa nº 474, substituída, a posteriori, pela Portaria nº 20 de 2003, institucionalizou-se o marco legal quanto à obrigatoriedade do envio de informações sobre mortalidade. Essa Portaria regula questões referentes à coleta de dados, o fluxo das informações e a periodicidade do envio das informações sobre óbitos.

2.1.2 O Histórico do Sistema de Informações Hospitalares

Na década de 1970, os pagamentos efetuados aos hospitais privados contratados eram realizados através do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) e tinha como instrumento para entrada dos dados a Guia de Internação Hospitalar (GIH). A principal característica do sistema consistia em realizar o pagamento das despesas de internação dos hospitais contratados e pagos por recursos estatais (Santos, 2009).

Devido a diversas irregularidades, em 1981 o sistema teve uma evolução na sua concepção e passou a denominar-se Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). A sua utilização se iniciou de forma experimental em Curitiba, e em seguida, disseminou-se pelo Estado do Paraná. Passados dois anos, em 1983 o sistema passou a ser utilizado em todo o país para o pagamento dos hospitais contratados. Os pagamentos dessas instituições baseavam-se “em um sistema de remuneração fixa por procedimento, considerando valores médios, pré-fixados, de procedimentos realizados na rede de assistência hospitalar”. O formulário proposto na época e utilizado até hoje se denomina Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (Pepe, 2009, p.65).

A AIH é o instrumento pagador das internações hospitalares. O quantitativo das AIH's é distribuído aos Estados numa proporção de 9% da população residente, tendo a possibilidade de ser estabelecido um teto financeiro para o pagamento das internações. Os Estados são responsáveis pela distribuição nos municípios dessas AIH's, de acordo com as pactuações entre gestores, procedimento denominado de PPI (Pepe, 2009). O processo da PPI foi explicado anteriormente no marco teórico.

Um ano após a implantação do SUS em 1990, o presente sistema teve seu nome alterado e passou a ser chamado de Sistema de Informações Hospitalares, o SIH, sem sofrer alterações operacionais importantes. Após 1991 diversas alterações foram introduzidas no sistema, destacando-se aquelas ligadas ao processo de descentralização para secretarias de saúde e para os prestadores, no caso os hospitais (Carvalho, 2009).

Em 2004, a Portaria Nº 821/GM previu o começo do processo de descentralização do SIH, tendo como justificativa “a necessidade da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar - SIH para os gestores Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal” (BRASIL, 2004), com o intuito de acompanhar o processo de descentralização da gestão da saúde pública a partir da instituição do SUS. No ano posterior, a Portaria nº 510 estipulou a implementação do processamento dos dados do SIHD. Os entes federados e prestadores tiveram até abril de 2006 para se adequar ao processamento através desse sistema descentralizado.

Esse sistema possui dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), que surgiu em 2000 com o objetivo de unificar e substituir os diversos cadastros de estabelecimentos de saúde existentes utilizados pelos SIS de base Nacional. Esse objetivo foi alcançado em 2003. Esse cadastro compreende informações a respeito da área física, recursos humanos, equipamentos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e serviços ambulatoriais

e hospitalares das unidades de saúde. Abrange a totalidade dos hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e, ainda, grande parte dos estabelecimentos ambulatoriais não vinculados ao SUS (Pepe, 2009).

O Sistema também utiliza o CID-10 para classificação das morbidades das internações hospitalares, informação importante para constatação dos motivos de internação dos pacientes.

3 Campo Organizacional e os Processos Isomórficos

O neoinstitucionalismo, considerado uma nova roupagem da Teoria Institucional, cresceu e se difundiu a partir da década de 70, e tem realizado significativas contribuições quanto ao entendimento da dinâmica das organizações contemporâneas (Frunkim & Galaskiewicz, 2004). Os estudos de cunho institucionalista vão de encontro à visão racionalista do comportamento organizacional, pois é reconhecido neste ambiente que as organizações estão inseridas em um amplo contexto cultural e político que influencia as suas ações.

Antes de expor as definições de campo organizacional e processos isomórficos, é necessário abordar dois conceitos importantes quando se utiliza a lente institucional para a análise de um fenômeno: organizações e instituições. Para Selznick (1957) o conceito de organização possui uma conotação técnica, em que são concebidas como um meio para atingir objetivos. Por sua vez, o conceito de instituição possui um significado mais amplo, visto que ela é o resultado de processos de interação e adaptação, sendo o produto naturalmente constituído através das necessidades e das pressões sociais, caracterizando-se por um sistema social.

Na perspectiva institucional, o conceito de campo organizacional é definido como um local em que as organizações constituem uma área reconhecida no ambiente organizacional, que possui “fornecedores-chave, consumidores de recursos ou produtos, agências regulatórias e outras organizações que produzam serviços e produtos similares” (DiMaggio & Powel, 2005, p.76). A estrutura de um campo não pode ser determinada de forma prévia, mas é necessário que essa seja constituída a partir de investigações empíricas, pois passam a existir somente a partir do momento que podem ser definidos institucionalmente (DiMaggio & Powel, 2005).

Conforme DiMaggio e Powel (2005, p.76) “uma vez que diferentes organizações, no mesmo ramo de negócios, estejam estruturadas em um campo concreto [...], forças poderosas emergem, levando-as a tornarem-se mais similares às outras” e, a partir disso, dentro de um campo as organizações podem vir a modificar a sua conduta, de forma a alterar suas metas ou até mesmo desenvolver novas práticas de trabalho. Esse processo de tornar as organizações dentro de um campo mais similares é denominado isomorfismo.

Segundo Fonseca (2003), há dois tipos de isomorfismo: o competitivo e o institucional. O primeiro citado é oriundo de um processo competitivo e de pressões mercadológicas, e o segundo inclui a luta das organizações pela legitimidade em seu campo de atuação. Cabe a este trabalho deter-se na perspectiva institucional que busca a legitimação das organizações. DiMaggio e Powell (2005) identificaram três mecanismos que provocam mudanças isomórficas dentro do campo, são eles: o isomorfismo coercitivo, o isomorfismo mimético e o isomorfismo normativo. Scott (2008) define tais influências isomórficas através de três pilares: o pilar regulador, o pilar cultural-cognitivo e o pilar normativo. Ambas as abordagens, de DiMaggio e Powell (2005) e Scott (2008), serão apreciadas de forma detalhada nas próximas subseções.

3.1 O isomorfismo coercitivo e o pilar regulador

O isomorfismo coercitivo pode ocorrer através de pressões formais ou informais exercidas em uma organização por outras organizações da qual ela depende e por expectativas culturais oriundas da sociedade (DiMaggio & Powel, 2005). Em certas ocasiões, as mudanças organizacionais podem vir através de sanções governamentais, por meio de legislações que de forma coercitiva interferem no campo. A existência de aspectos legais em um campo

organizacional provoca mudanças nas organizações, sejam elas de cunho estrutural ou comportamental (DiMaggio & Powel, 2005). O resultado dessa normatização do campo organizacional acaba por tornar as organizações mais homogêneas “dentro de determinados domínios e cada vez mais organizadas em torno de rituais em conformidade com instituições maiores” (DiMaggio & Powel, 2005, p.78).

De forma semelhante, os sistemas reguladores “envolvem a capacidade de estabelecer regras, inspecionar outros em conformidade com elas, e, se necessário, manipular sanções – em uma tentativa para influenciar um comportamento futuro” (Scott, 2008, p.52). São processos ligados a leis, normas ou sanções que acarretam pressões no campo organizacional para que ocorra uma adequação frente a essa imposição.

De acordo com Scott (2008), os estudiosos do campo sustentam que as instituições tanto restringem quanto regularizam o comportamento em seu ambiente. Outra ponderação realizada pelo autor é que apesar de o pilar regulador transparecer ser ligado a práticas de repressão e constrangimento, não apenas em leis estão respaldados o seu poder, mas também em regulações que habilitam os atores sociais e suas ações, como licenças, benefícios para o mesmo tipo de atores e poderes especiais que podem ser delegados a um grupo.

Segundo Machado-da-Silva, Guarido Filho, Nascimento e Oliveira (2003, p.182) a vertente que se enquadra no pilar regulativo baseia-se em pressupostos realistas sociais. Em sua lógica de ação, pressupõe-se que os atores sociais, entre os quais se incluem as organizações, orientam seus interesses com base em uma ótica racional utilitarista de custo-benefício. Com o objetivo de evitar conflitos ou solucionar diferenças, regras e leis são formuladas, impondo sanções aos atores que não as obedecerem. Assim, normas, leis e sanções constituem a base de legitimação institucional.

Assim, tanto o isomorfismo coercitivo de DiMaggio e Powell (2005) como o pilar regulador de Scott (2008) remetem a pressões que as organizações são submetidas de forma impositiva, pois no momento em que são estabelecidas normas, leis e sanções no campo organizacional, os atores pertencentes a esse campo são obrigados a incorporar essa normativa, em busca de sua legitimidade e padronizações no ambiente em que convive.

3.2 O isomorfismo mimético e o pilar cultural-cognitivo

O isomorfismo mimético é proveniente da incerteza de que, dentro de um campo organizacional, estimula o processo de imitação. Nesse sentido, “as organizações tendem a tomar como modelo em seu campo outras organizações, que elas percebem ser mais legítimas ou bem sucedidas” (DiMaggio & Powel, 2005, p.79). Segundo os autores, quando no campo organizacional estabelece-se um processo de incerteza, devido a metas ambíguas, as organizações tendem a tomar outras intuições como modelo.

O fato de tomar outras organizações como modelo é uma resposta à incerteza vinda do campo. Por sua vez, a organização que está sendo imitada muitas vezes não sabe que está sendo tida como modelo, e, até mesmo, não gostaria de ser imitada. Essa organização simplesmente serve de modelo de práticas que a organização que copia deseja e pode utilizar (DiMaggio & Powel, 2005).

De forma similar, o sistema cultural-cognitivo possui relação com convicções comuns, lógicas compartilhadas e é apoiado através da cultura. As interações existentes em um campo organizacional acabam por reconhecer que “processos interpretativos ‘internos’ são moldados através de estruturas culturais ‘externas’” (Scott, 2008, p.57). Esses processos interpretativos, ou conforme Ranson, Hinings e Greenwood (1980) denominam de esquemas interpretativos, definem a maneira como indivíduos que compõem as organizações percebem e compreendem as informações vindas do contexto externo, ou do seu próprio campo organizacional.

O pilar cultural-cognitivo está ligado a questões miméticas, em que, frente às incertezas, as organizações irão captar no ambiente padrões de conduta que, de certa forma,

são tomados como a melhor maneira de operar em seu campo (Scott, 2008). Dessa forma, define-se que a concepção de instituições que são regidas pelo pilar cultural-cognitivo dá ênfase ao papel central “desempenhado pela construção socialmente mediada de uma estrutura comum de significado” (Scott, 2008, p.59).

3.3 O isomorfismo normativo e o pilar normativo

O isomorfismo normativo, ou, como prefere DiMaggio e Powel (2005), pressões normativas, é derivado primordialmente pelo processo de profissionalização. Esse processo se dá através do esforço em conjunto de pessoas de uma mesma profissão em prol de uma definição quanto às condições e formas de trabalho, com o intuito de ter o controle do produto final dessa categoria (DiMaggio & Powel, 2005).

De acordo com DiMaggio e Powell (2005, p.80), dois aspectos “da formalização são fontes importantes de isomorfismo”. Em primeiro lugar, o aspecto educacional, da legitimidade de uma base cognitiva produzida por especialistas universitários. E, em segundo lugar, a constituição de redes profissionais, onde novos modelos ou práticas são rapidamente difundidos, pois perpassam as fronteiras organizacionais. Nesse contexto, universidades e associações profissionais são ambientes que desenvolvem regras de comportamento organizacional e também profissional.

De maneira semelhante, os sistemas normativos determinam como as coisas devem ser feitas. Nesse tipo de sistema são definidas metas e objetivos, e também a forma como devem ser executados tais processos para busca dos objetivos pré-definidos (Scott, 2008). “Alguns valores e normas são aplicáveis a todos os membros da coletividade, considerando que outros só se aplicam a tipos selecionados de atores ou posições” (Scott, 2008, p.55).

O pilar normativo está condicionado a questões de certificação e credenciamento, visto que podemos vincular a esse sentido categorias profissionais, em que se espera dos atores sociais envolvidas atitudes e performances semelhantes de acordo com prescrições de como eles devem se portar (Scott, 2008).

4 Influência dos fatores institucionais na utilização de SIS pelas Secretarias Estaduais de Saúde

Os três pilares da Teoria Institucional propostos por Scott (2008) serviram como base para análise da influência de fatores institucionais na adoção de e-serviços públicos por Instituições de Ensino Superior (IES) no estudo de Pereira, Macadar e Becker (2012). A influência na adoção do e-serviço analisado ocorreu por pressões coercitivas, normativas e miméticas oriundas do contexto organizacional. As pressões institucionais em que foi pautado o estudo são: detenção de recursos e influência política no pilar regulatório; comportamento desejado, aceitação e valores no pilar normativo; e modelos bem-sucedidos e crenças comuns no pilar cultural-cognitivo. Tais pressões geraram as proposições de análise da pesquisa no sentido de que as IES dependentes de recursos e que necessitam manter vantagem competitiva tendem a adotar e-serviços públicos estabelecidos por instituições reconhecidas no campo organizacional por influência de fatores institucionais (Pereira, Macadar & Becker, 2012).

Propõe-se nessa mesma linha, analisar a influência dos fatores institucionais na utilização de SIS pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A Figura 1 apresenta o modelo conceitual proposto na pesquisa.

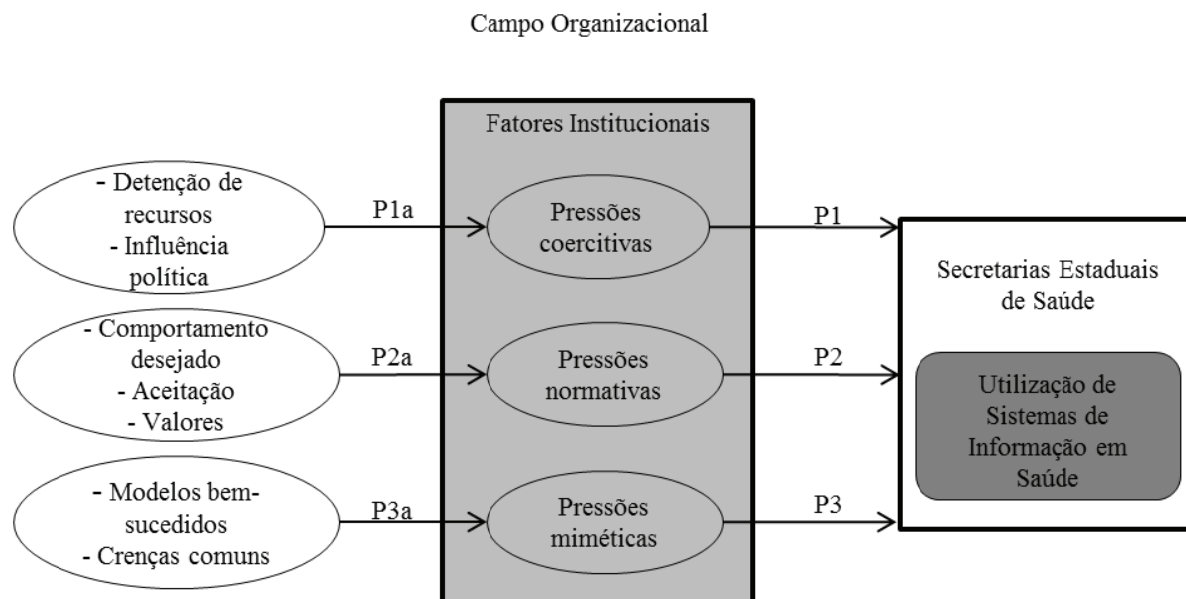


Figura 1. Modelo Conceitual da pesquisa

Fonte: Adaptado de Pereira, Macadar e Becker (2012)

As proposições do modelo conceitual da pesquisa são:

Proposição 1: As Secretarias Estaduais de Saúde, dependentes de recursos e de influência política, são coagidas a utilizar SIS estabelecidos por organizações dominantes do seu campo organizacional por pressões coercitivas.

Proposição 1a: A detenção de recursos e a influência política por organizações dominantes geram pressões coercitivas no campo organizacional.

Proposição 2: As Secretarias Estaduais de Saúde, que necessitam aceitação no seu campo organizacional, tendem a utilizar SIS reconhecidos por pressões normativas.

Proposição 2a: A existência de um comportamento desejado, e uma tendência à profissionalização, geram pressões normativas no campo organizacional.

Proposição 3: As Secretarias Estaduais de Saúde, que necessitam reconhecimento, tendem a utilizar SIS bem-sucedidos por pressões miméticas.

Proposição 3a: A existência de modelos bem-sucedidos de SIS geram pressões miméticas no campo organizacional.

5 Metodologia

O presente estudo optou por apropriar-se do enfoque qualitativo para análise dos casos. Esse tipo de abordagem tem como característica examinar de maneira detalhada a forma como os indivíduos constroem o mundo em seu contexto, através de suas vivências cotidianas, e a partir delas, conseguir entender, descrever o fenômeno social a partir da perspectiva interna. O pesquisador o qual opta por esse tipo de abordagem possui interesse em ter contato com as experiências, documentos e interações em seu ambiente natural, sem interferir na realidade observada (Gibbs, 2009). A respeito da estratégia escolhida para realização da pesquisa foi definida a utilização do estudo de casos comparativos. Para Godoy (2006) o estudo de caso deve focar em uma situação ou evento particular, em que a importância do estudo é oriunda daquilo que o caso revela sobre o objetivo investigado.

5.1 Unidade de análise e seleção dos casos

A unidade de análise deste estudo são os Sistemas de Informação em Saúde (especificamente o SIM e o SIHD) ofertados pelo DATASUS, caracterizados como sistemas

de apoio à gestão e ao planejamento **governo a governo**. Para fins de delimitar o escopo de pesquisa, foram selecionados dois SIS e dois estados brasileiros, que são definidos a seguir.

Os estados escolhidos para realização da pesquisa empírica foram os seguintes: Paraná e Rio Grande do Sul. O critério adotado para a seleção dos Estados foi o fato de ambos localizarem-se na região sul do país. Outro fator que facilitou a escolha dos municípios foi a indicação de contatos nesses locais para articular as entrevistas. Os ambientes, foco do estudo, foram as Secretarias Estaduais de Saúde dos referidos estados, visto que esses sistemas são utilizados pelas secretarias e por departamentos específicos.

Os critérios para escolhas dos SIS investigados se deu pelos seguintes fatores motivadores: (1) SIS ofertado pelo DATASUS às Secretarias de Saúde; (2) SIS ser um sistema de base nacional do DATASUS, caracterizando-se como Governo Eletrônico do tipo e-administração; (3) SIS significativo para gestão das ações e serviços em saúde. Estabeleceu-se ainda duas categorias de sistemas que envolvem aspectos importantes da gestão do SUS, sendo elas os sistemas que envolvem aspectos epidemiológicos e os sistemas que envolvem aspectos financeiros e de remuneração.

Assim, a partir da categorização dos SIS para efetuar a escolha, foram definidos os dois sistemas investigados, sendo eles o SIM e o SIHD. O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) possui a finalidade de obtenção de dados regulares sobre mortalidade no Brasil. Já o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar.

5.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, individuais e em grupo e análise de documentos, apoiadas no referencial teórico desenvolvido nas seções anteriores. A escolha dos indivíduos entrevistados foi realizada em consonância com o foco de investigação deste estudo, visto que possui como problemática de pesquisa a utilização de SIS para apoio à gestão e ao planejamento do SUS. Por isso, viu-se a necessidade de entrevistar indivíduos responsáveis pela utilização e gestão das informações nos SIS investigados nas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde do Estado do RS e no Estado do PR. Priorizou-se a realização de entrevistas com pessoas que acompanharam a evolução da utilização desses SIS nas secretarias.

Assim, foram contatadas pessoas envolvidas na utilização dos sistemas SIM e SIHD nas respectivas SES. Como esses sistemas estão alocados em departamentos distintos, foram realizados contatos com áreas diferentes dentro das SES. Além de representantes das SES, foram entrevistados também profissionais que trabalham no DATASUS no Estado do PR e do RS, assim como o Coordenador de Disseminação de Informações do DATASUS central. O período de entrevistas deu-se de 20 de outubro de 2012 até 10 de dezembro de 2012. No total foram realizadas 13 entrevistas.

5.3 Análise de dados

Para executar a análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Bardin (1977) define a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos, que se encontra em constante aperfeiçoamento e são aplicáveis a discursos bastante diversificados. A análise de conteúdo foi organizada em três fases definidas como: pré-análise; exploração do material (inferência e interpretação) e tratamento dos resultados (Bardin, 1977). A dimensão definida para análise dos dados está subdividida em: influência de fatores institucionais na utilização do SIM e influência de fatores institucionais na utilização do SIHD.

6 A influência dos fatores institucionais na utilização dos SIS

A preocupação com a organização das informações em saúde ocorreu de forma desordenada até o início da década de 70, quando inúmeras discussões a respeito da sistematização das informações em saúde emergiram. Em 1970, a PAPPE, secretaria vinculada ao MS, recebeu a incumbência de promover a criação do setor de informática na saúde (Ministério da Saúde, 1982 apud Branco, 2006). Assim, em 1973 foi promovida uma reunião organizada com a PAPPE juntamente com OPAS e outros seis estados brasileiros, a destacar o RS. Nessa reunião foram estudados e debatidos um conjunto de documentos elaborados pela PAPPE e pela OPAS sobre SIS no Brasil. Firmou-se nessa reunião que cada Estado participante iria assumir um projeto de informatização de uma área específica da saúde. Na ocasião o Estado do Rio Grande do Sul ficou responsável por desenvolver um sistema com enfoque epidemiológico (Branco, 2006).

Nas seções a seguir são expostos os fatores que levaram os sistemas analisados (SIM e SIHD) a serem desenvolvidos e incorporados por estados, municípios e prestadores. Também são verificadas certas peculiaridades nesses sistemas imposta por questões contextuais e influências do meio, ou como prefere Scott (2008) “influências do campo organizacional”.

6.1 A influência de fatores institucionais na utilização do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O SIM foi o primeiro SIS de base nacional a ser desenvolvido no Brasil. A sua concepção deu-se devido à necessidade de iniciar o processo de padronização e informatização dos dados de mortalidade no país. Antes da concepção do sistema havia no país uma experiência de sucesso sobre registros de dados de mortalidade que seguiu como modelo para outros estados, conforme pode ser verificado na fala do entrevistado do Paraná (E12) “o RS tinha o sistema antigo, processado em um mainframe. O RS foi um dos primeiros estados a registrar eletronicamente os atestados de óbito, antes do Brasil inclusive, e nós fomos buscar essa tecnologia deles e processamos algumas coisas nesse sistema do RS”.

Vê-se assim que o RS foi pioneiro ao realizar o registro eletrônico dos atestados de óbito, antes mesmo do Brasil instituir o SIM. Essa experiência foi tão positiva que representantes do Estado do PR vieram ao RS para conhecer a tecnologia e inclusive a utilizaram para informatizar seus dados. Esse tipo de modelo de sucesso se caracteriza como uma influência mimética no campo organizacional, visto que frente às incertezas a respeito da padronização desses dados despontou essa experiência positiva no ambiente nacional.

Ainda na década de 70 ocorreu a primeira reunião sobre Sistemas de Informação em Saúde, em que um dos itens constantes na pauta era desenvolvimento de um Sistema de Informação sobre Mortalidade. Nessa reunião se institucionalizou o modelo único de declaração de óbito, que foi estabelecido com base na experiência do RS (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009). Mais uma vez, vê-se a ação de pressões miméticas do caso bem sucedido do RS influenciando a concepção do SIM.

Criado o sistema, iniciou-se então o processo de implementação do SIM em todo o país. Na ocasião foram desenvolvidos materiais de apoio, como manuais e também treinamentos intensivos sobre a utilização do sistema e classificação da causa de morte (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009).

Para utilizar o sistema é necessário que o profissional seja treinado tanto para operá-lo como para aprender a codificar a causa morte. O depoimento do E1 fala a respeito da profissionalização desses indivíduos.

Antigamente tinha muito cargo de confiança, CC envolvido, daí nós perdíamos muito treinamento. Nós treinávamos uma pessoa daí quando assumia o outro prefeito ele tirava aquele CC e nós tínhamos que treinar de novo outra pessoa. Então hoje em dia a gente pede um funcionário de carreira para ser treinado, um servidor concursado.

Devido à descontinuidade dos trabalhadores que não possuem vínculo como servidor concursado, em que a cada troca de governo há mudança no efetivo desse segmento, institucionalizou-se que o treinamento no RS deve ser dado a servidores com vínculo ao órgão onde trabalha. Esses treinamentos caracterizam um processo de profissionalização das pessoas que utilizam esses sistemas, pois além de deter conhecimento sobre a manipulação da ferramenta devem ter um curso específico para aprender sobre codificação da causa morte, fator de extrema importância para qualificar o dado inserido no SI. Assim verifica-se nesse processo a influência de pressões normativas, pois é visível o esforço das pessoas envolvidas na definição das condições e formas de trabalho, com o objetivo de ter o controle do produto final, no caso, as informações em saúde.

Realizado esse trabalho intenso para qualificar os profissionais, conseguiu-se grande adesão ao sistema pelos Estados brasileiros. Isso pode ser constatado ao acessar o site do DATASUS, nas informações de saúde do TABNET há a disseminação das informações sobre mortalidade desde 1979 em todos os Estados brasileiros.

Outra informação importante a respeito do SIM é que ele utiliza o Código Internacional de Doenças para padronizar a codificação das causas de morte. Esse sistema de codificação foi concebido pela Organização Mundial de Saúde para classificação de doenças e outros registros de saúde, incluindo certidões de óbito (Who, 2012). O relato do E1 evidencia esse fato. “Existe o Código internacional de doenças que é a CID10 atual, essa classificação internacional de doenças é usada no mundo inteiro, se I21 aqui é infarto agudo do miocárdio, na China também vai ser”.

A adoção dessa codificação reconhecida internacionalmente pode ser determinada como uma pressão normativa, visto que o CID é uma classificação amplamente reconhecida internacionalmente e desenvolvida e mantida pela OMS, organização a qual o Brasil é membro. Apesar de não ser uma exigência da OMS, a conformidade com padrões estabelecidos pode ser vista como uma influência coercitiva do meio em se tratando de uma prática institucionalizada e reconhecida mundialmente. A utilização desse código permite que as informações sobre mortalidade no Brasil sejam comparadas a outras de qualquer outro país que adote o mesmo código, havendo uma homogeneização das informações de mortalidade em âmbito internacional.

Mesmo o SIM sendo um sistema utilizado pelos estados brasileiros a mais de três décadas somente em agosto de 2000 instituiu-se o marco legal quanto à obrigatoriedade do envio de informações sobre mortalidade. Isso se deu através da Portaria Funasa nº 474, substituída, a posteriori, pela Portaria nº 20 de 2003, e foi estipulado

Art. 24. A falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, [...] por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do Piso de Atenção Básica PAB e o cancelamento da Certificação para Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, bem como a consequente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.

A Portaria nº 20 representa uma pressão coercitiva para a remessa periódica dos dados sobre mortalidade. O desrespeito dessa portaria acarreta o corte da transferência de recursos do PAB, o cancelamento da Certificação da Gestão das Ações Epidemiológicas e controle de doenças além da interrupção do repasse de recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças. Assim, essa portaria determinou a remessa compulsória dos dados e o não cumprimento dessa determinação ocasiona o corte de recursos ao ente federado que a descumpriu.

6.2 A influência de fatores institucionais na utilização do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD)

Apesar de ter sido criado na década de 70 um sistema com o objetivo de processar o faturamento dos hospitais contratados e pagos por recursos estatais o SIHD só foi

desenvolvido e disseminado em 2006. Antes disso várias formulações desse sistema existiram com nomes distintos, podendo citar o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) que tinha como instrumento para entrada dos dados a Guia de Internação Hospitalar (Santos, 2009) e posteriormente na década de 80 o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social, tendo a AIH como instrumento pagador das internações hospitalares (Pepe, 2009). Em ambos os sistemas, se o prestador quisesse receber a remuneração pelo serviço prestado, a esfera pública necessariamente deveria remeter informações sobre a sua produção hospitalar. Contudo, nesses sistemas o processamento dos dados estava localizado no nível central e o sistema ainda não se encontrava descentralizado no prestador.

Em 1991 o sistema mudou de nomenclatura e passou a ser chamado de SIH e desde então as ideias de descentralização do processamento das informações para as SES, SMS e prestadores começaram a emergir. A Portaria GM/MS nº 221 de 1999 determinou essa descentralização ao nível estadual e municipal. Essa portaria caracteriza-se como pressão coercitiva exercida pelo governo Federal, obrigando as SES e SMS a processar as informações. Nesse momento, cabia ao prestador o repasse das AIH's as secretarias de saúde e o sistema não havia sido descentralizado à sua competência.

A Portaria nº 510 de 2006 foi um marco para descentralização do SIHD ao nível do prestador. O Entrevistado 2 vivenciou esse processo como prestador e relatou que em 2006, quando descentralizaram o sistema de forma obrigatória, o prestador foi obrigado a começar a utilizar o sistema. Na hora isso gerou uma preocupação geral, a gente se questionava será que isso vai dar certo? Porque é muito prestador, é muita coisa, a gente achou que não ia dar certo, mas deu e dentro do prazo.

Mesmo com a descrença do entrevistado sobre a viabilidade da descentralização do sistema ao nível do prestador esse processo ocorreu de acordo com o que estipulava a portaria. Como a Portaria possui caráter normativo e impositivo, isso evidencia que pressões coercitivas para utilização do SIHD foram impostas no ambiente organizacional, obrigando os prestadores a adequar-se as novas exigências do governo Federal a respeito do faturamento hospitalar.

Segundo o E4, é comum ao DATASUS que antes de disseminar um SI de informação reformulado faça um teste piloto em algum ente da federação, como pode ser apurado em seu relato:

Normalmente o DATASUS quando lança uma versão ele sempre faz um teste piloto em um Estado, pode ser São Paulo, Paraná até Rio Grande do Sul. Eles escolhem um Estado pra ver se o sistema vai dar certo, se precisa fazer alterações e daí, depois sim, lançam para o resto do Brasil a versão. Mas eu não sei te dizer onde foi feito [o teste piloto] do SIHD.

Esse teste piloto realizado pelo DATASUS configura-se numa forma de mostrar aos outros estados os resultados do SI, tratando-se de um caso bem sucedido a ser implementado no restante do país, podendo gerar pressões miméticas no campo organizacional. Isso pode acarretar uma maior aceitação do SI, pois reduz as incertezas do futuro usuário do sistema frente às potencialidades do mesmo.

Retomando a questão da obrigatoriedade do sistema, além do prestador ter a responsabilidade de manuseá-lo e remeter os dados sobre o faturamento, as SES possuem a responsabilidade de replicá-las ao nível federal, sendo atribuídas sanções quando a remessa dos dados não é enviada conforme pode ser verificado a seguir: “Suspensão da transferência do Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade nos casos da não alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados” (BRASIL, 2011).

A determinação do corte de recursos está exposta na Portaria nº 204 de 2007, sendo este outro mecanismo coercitivo reconhecido nesta investigação para garantir, além da utilização do sistema, a remessa das informações ao nível federal.

6.3 Discussão

Com base na análise apresentada é possível verificar a influência de pressões externas para o fomento das iniciativas de informatização dos dados sobre a saúde da população. As pressões que ocorreram nesse processo podem ser determinadas como miméticas, coercitivas e normativas (Scott, 2008).

Como pressão coercitiva, também oriundas do contexto internacional, pode ser atribuído o fato do Brasil ser país membro de ambas as organizações, OMS e OPAS, inclusive da ONU desde 1945, e acaba por aderir às determinações e aos acordos propostos por essas organizações. Outra pressão coercitiva pode ser atribuída à assinatura de um termo entre os seis estados participantes da reunião realizada pela OPAS e pela PAPPE. Esta reunião teve como objetivo discutir sobre SIS e firmar projetos informatização de dados sobre saúde com os estados convidados, de acordo com documentos elaborados por estas instituições (Branco, 2006). Assim, percebe-se que a detenção de recursos e influência política de organizações dominantes no campo organizacional influenciam as Secretarias Estaduais de Saúde na utilização dos SIS analisados, fator abordado nas proposições 1 e 1a.

A respeito das pressões normativas existentes no âmbito das secretarias estaduais de saúde pode-se citar o processo de profissionalização dos indivíduos que trabalham diretamente com os sistemas. Isso pode ser verificado a partir do entendimento de que o uso efetivo desses sistemas pressupõe um discernimento que vai além de como funciona a ferramenta, sendo necessário a esses indivíduos o conhecimento específico sobre a área da saúde e suas peculiaridades. Outra pressão normativa encontrada no campo relaciona-se com a utilização por ambos os sistemas do CID-10, um código internacional de doenças mundialmente difundido e reconhecido, fazendo com que as informações produzidas por esses sistemas tenham representabilidade e possibilidade de comparação em âmbito internacional. Além disso, identifica-se que pressões normativas são referentes à profissionalização e a certificação, podendo as mesmas ser verificadas na utilização desses SIS. Assim, apesar de identificado que a existência de um comportamento desejado e uma tendência à profissionalização geram pressões normativas no campo organizacional, corroborando a proposição 2a, a proposição 2 pode ser abordada apenas com relação aos SIS analisados, considerando que o DATASUS por necessitar aceitação no seu campo organizacional, tende a utilizar em seus sistemas padrões internacionalmente reconhecidos, através de pressões normativas.

Neste estudo, as pressões miméticas podem ser consideradas aquelas oriundas do contexto internacional, em que organizações como a OMS e OPAS, que possuem como meta melhorar a situação de saúde da população mundial e das Américas, respectivamente, estavam sistematizando as informações em saúde em outros países. Na década de 60 a OMS já publicava anuários sobre mortalidade, informações que até então não estavam informatizadas no país (Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2009). Dessa forma, vista a situação de incertezas frente a gestão das informações em saúde no país que ainda encontravam-se desordenadas e eram provenientes de intervenções pontuais (BRASIL, 2009), foi percebida a necessidade de adequar-se ao contexto internacional, uma vez que sistematizar suas informações poderia promover melhores condições de saúde à população. Com isso, percebe-se a existência de modelos bem-sucedidos de SIS que tendem a influenciar as Secretarias Estaduais de Saúde na utilização dos mesmos, proporcionando às instituições reconhecimento e legitimidade no campo organizacional, corroborando as proposições 3 e 3a.

Dessa forma, foram dados os primeiros passos para o processo de institucionalização dos SIS em âmbito público no Brasil.

7 Considerações Finais

Esta pesquisa propõe uma discussão sobre as influências institucionais na utilização de SIS por Secretarias Estaduais de Saúde. Foram apresentados os diferentes fatores

institucionais que influenciam na utilização dos SIS, na forma de pressões coercitivas, miméticas e normativas no campo organizacional.

A análise sobre os fatores que influenciaram na utilização dos SIS, com o apoio da Teoria Institucional, possibilitou compreender os processos que ocorrem desde a concepção dos sistemas até a sua utilização extensiva pelas secretarias de saúde nos estados. Foram detectadas fortes pressões miméticas e coercitivas tanto na concepção, como na utilização dos sistemas. No SIM, pressões miméticas e coercitivas, oriundas de instituições internacionais como OMS e OPAS, foram decisivas para a concepção do sistema. Igualmente, pode-se citar a ausência nos estados de SI para organizar seus dados em saúde e a instituição de legislação (pressão coercitiva) obrigando os entes federados a remeter mensalmente seus dados, com penalidade atribuída ao descumprimento de tal normativa. No SIHD, descentralizado aos prestadores em 2006, viu-se a ação de forte pressão coercitiva através de portarias que obrigaram primeiramente as SES a responsabilizar-se pela gestão desses dados e em segundo lugar a obrigatoriedade do envio dos dados pelos prestadores de forma informatizada.

Além da adaptação de um modelo conceitual que abrange outra forma de prática de e-governo e em um contexto diferente de análise, este trabalho apresenta como contribuição teórica a análise de um fenômeno sob o foco multidisciplinar, apresentando convergências de análise provenientes de áreas distintas como organizações, por meio da Teoria Institucional, sistemas de informação e o Sistema Único de Saúde.

Como limitação da pesquisa tem-se a descontinuidade dos profissionais que trabalham nas SES, fator que dificulta o recorte temporal do histórico da concepção desses sistemas. Sugere-se em estudos futuros a investigação de outros SIS ofertados pelo DATASUS para verificar as influências ambientais na concepção desses sistemas. Outra opção de futuras pesquisas é realizar estudos em secretarias municipais de saúde para verificar as pressões existentes neste contexto para adoção dessas tecnologias. No âmbito da gestão, podem-se sugerir estudos referentes à efetividade desses sistemas para apoiar a tomada de decisão dos gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Branco, Maria Alice Fernandes. (2006). *Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil (2002a). Ministério da Saúde. Piso de Atenção Básica,. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/Prog_PAB-FIXO.asp>, acesso em: 12 nov 2012.
- Brasil (2002b). Presidência da República. Decreto nº 4.194 de 11 de abril de 2002.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca - Relatório Final. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília – DF.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. v.2. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema único de Saúde (SUS). 1.ed. v.1. Brasília: Coleção Para entender a Gestão do SUS.
- Brasil (2012). DATASUS. Sistemas e aplicativos. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>, acesso em: 12 abril 2012.
- Carvalho, Déa M. (2009). Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. v.1. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (2005). A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. *Revista de Administração de Empresas (RAE)*, 45(2), pp. 74-89.
- Diniz, E. H., Barbosa, A. F., Junqueira, A. R. B. & Prado, O. (2009). O governo eletrônico no Brasil: perspectiva histórica a partir de um modelo estruturado de análise. *RAP*, 43(1), pp.23-48.
- Fonseca, V.S. (2003). A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In: Vieira, M.M.F.; Carvalho, C.A. (Orgs.) *Organizações, Instituições e Poder no Brasil*. São Paulo: FGV, p. 47 – 66.
- Frunkim, Peter & Galaskiewicz, Joseph. (2004). Institutional Isomorphism and Public Sector Organizations. *Journal of Public Administration and Theory*, 14(3).
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Godoy, Arilda S. (2006). Estudo de Caso qualitativo. In: Godoi, Christiane K. (org), Bandeira-de-Melo, Rodrigo (org), & Barbosa da Silva, Anielson(org). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva.
- Haux, Reinhold. (2006). Health information systems - past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75, p. 268-281.
- Jorge, M. Helena P. de Mello, Laurenti, Ruy, & Gotlieb, Sabina L. Davidson. (2009). O sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM Conceção, Implantação e Avaliação. In: *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: editora do Ministério da Saúde.
- Machado-da-Silva, C. L., Guarido Filho, E. R., Nascimento, M. R., & Oliveira, P. T. (2003). Institucionalização da mudança na sociedade brasileira: o papel do formalismo. In M. M. F. Vieira & C. A. Carvalho (Orgs.). *Organizações, instituições e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1, p. 179-202.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: formal structures as myth an ceremony. In: *The American Journal of Sociology*, 83(2), p.340-363.
- Pepe, Vera Edais. (2009). Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). In: *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Pereira, G. V., Macadar, M. A., & Becker, G. V. (2012) (in press). Análise do uso do Portal de Periódicos da CAPES em uma IES sob Perspectiva Institucional. *Análise*, 23(1).
- Ranson, S., Hinings, B., & Greenwood, R. (1980). The structuring of organizational structures. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), p.1-17.
- Santos, Andréia Cristina dos. (2009). Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. 226 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.
- Scott, W. R. (2008). *Institutions and organizations: ideas and interests*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration*. Evanston: Northwestern University Press.
- Tolbert, Pamela S. & Zucker, Lynne G. (1999). A Institucionalização da Teoria Institucional. In: Clegg, S. R.; Hardy, C. e Nord, W. R. (Orgs.) *Handbook de Estudos Organizacionais*. São Paulo: Atlas, 2.
- Who. (2004). World Health Organization. Developing Health Management Information Systems: a practical for developing countries. Manila: Regional Office for the Western Pacific.
- Who. (2012). World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, acesso em: 28 dez 2012.