

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO

**USO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E TOMADA DE DECISÃO: PERSPECTIVA DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BRASÍLIA

2024

Zeila Rodrigues Almeida Gomes Prado

**USO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E TOMADA DE DECISÃO: PERSPECTIVA DOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde da Família da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Gestão e avaliação dos serviços na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica

Orientadora: Prof. Dra. Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

BRASÍLIA

2024

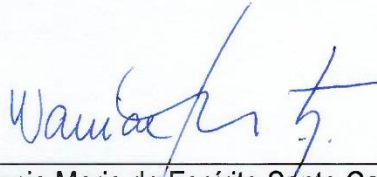
TERMO DE APROVAÇÃO

ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO

Uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão: perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Saúde da Família (ProfSaúde), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF).

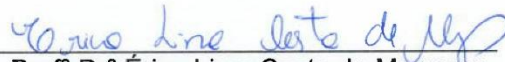
Aprovada em: 11/10/2024



Profª Drª Wania Maria do Espírito Santo Carvalho
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Orientadora



Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Examinador Interno



Profª Drª Érica Lima Costa de Menezes
Universidade de Brasília (UnB)
Examinadora Externa

Profª Drª Leila Bernarda Donato Göttems
Mestrado Profissional em Saúde da Família
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Suplente

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

RR696u Rodrigues Almeida Gomes Prado, Zeila
u Uso da informação em saúde como ferramenta para
 planejamento das ações e tomada de decisão:
 Perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à
 Saúde / Zeila Rodrigues Almeida Gomes Prado;
 orientador Wania Maria do Espírito Santo Carvalho;
 coorientador Fabio Ferreira Amorim. -- Brasília,
 2024.
 118 p.

 Dissertação (Mestrado - Pós- graduação stricto
 sensu em Saúde da Família da Escola superior de
 ciência da saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e
 Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,
 2024.

 1. atenção primária em saúde , informação em
 saúde, sistemas de informação. I. Maria do Espírito
 Santo Carvalho, Wania, orient. II. Ferreira Amorim,
 Fabio , coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer a Deus, pelo dom da vida e ter permitido que eu pudesse apesar de todas as dificuldades concluir este trabalho, sendo sempre o sustento, cuidado e proteção em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, por serem meu exemplo de valores morais, éticos, amor e carinho que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, me tornando uma pessoa íntegra.

A minha família, meu esposo Carlos César e minhas filhas Laura e Isabela pela paciência, tolerância e compreensão quanto a minha ausência e indisponibilidade para eles que, mesmo eu estando em casa, permanecia afastada, voltada para este trabalho.

A professora e orientadora Dr.^a Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, com quem tive a oportunidade de conviver neste processo testemunhando sua dedicação às questões da Saúde Pública. Tive, ainda, com ela, a oportunidade de aprender e desvelar, tanto quanto me foi possível, este complexo universo da gestão da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão. Reafirmo minha gratidão por compartilhar seus enormes e profundos conhecimentos que adquiriu nestes anos de experiência profissional e pela confiança, liberdade, disponibilidade e paciência nesta trajetória. A sua competência é indiscutível e este agradecimento é muito pouco para dizer-te muito obrigado por tudo.

À coordenação e a todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família, por realizarem um curso de alta qualidade e por todo apoio e iluminarem os degraus para subirmos e conseguirmos olhar mais longe.

Aos doutores que compuseram a banca de qualificação, Dr.^a Erica Lima Costa Menezes e Dr.^o Fabio Ferreira Amorim, que muito contribuíram para o aperfeiçoamento do trabalho além da disponibilidade em aceitar o nosso convite.

Aos meus primos, Carlos Meneses e Sheille Soares de Freitas, que foram imprescindíveis na construção do projeto de pesquisa, sem a contribuição valiosa de vocês eu não estaria aqui hoje realizando este sonho do mestrado. Minha gratidão a vocês que não mediram esforços para me apoiar.

Ao meu amigo, Rafael Faria de Sousa que foi o meu apoiador incondicional, nesta trajetória. Desempenhou um papel significativo no meu crescimento quanto discente com conselhos úteis, bem como palavras motivacionais e puxões de orelha nos meus momentos de procrastinação.

Aos colegas de mestrado, que dividiram os momentos de angústia e alegria durante esses dois anos, em especial Priscilla Raquel Alves Macedo, Fabiana de Sousa Miranda e Raquel

Nogueira Salviano que são mulheres incríveis com muitos sonhos e muita garra, mulheres cheias de determinação e ousadia, que foram, para mim, fonte de inspiração e resistência.

A todos (as) os (as) profissionais participantes, pela disponibilidade e confiança em compartilhar suas experiências, contribuindo para a produção científica em saúde.

A Prefeitura Municipal de Piranhas, pela liberação para participar do mestrado. Aos gestores da secretaria municipal de saúde pelo suporte durante o mestrado, possibilitando assim, a concretização desta pesquisa.

Enfim, agradecer a todos que direta ou indiretamente colaboraram para este momento mágico.

“A educação, qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: É crescente a importância que a informação em saúde vem assumindo, principalmente na área da saúde coletiva. A informação em saúde deve ser considerada como uma ferramenta para conhecer a realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica e para realizar o planejamento, a gestão e a organização e avaliação dos serviços nos diferentes níveis que compõem o Sistema Único de Saúde. Para a organização e o processamento dos dados coletados na saúde são utilizados os Sistemas de Informação em Saúde, que tem como principal finalidade alimentar indicadores de saúde, o que possibilita conhecer a realidade da população e as possíveis mudanças que nela ocorrem. **Objetivo:** Investigar como os profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde gerenciam e utilizam a informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou para coleta de dados Grupos Focais e entrevistas individuais com profissionais que ocupam cargos de assistência e gestão na APS. Os discursos produzidos foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** Os resultados indicam não uso dos Sistemas de Informação como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão. Também apontam que os profissionais desconhecem os sistemas disponíveis nas bases nacional e estadual e suas funcionalidades, e o uso oportuno das informações em saúde. Referem a falta de qualificação dos profissionais para a utilização das informações em saúde. **Conclusão:** Apesar dos diferentes sistemas de informações disponíveis, estes contribuem pouco para o planejamento de ações e a consequente tomada de decisão. A partir dessa observação duas propostas buscam responder os principais problemas identificados, a primeira desenvolvimento das diretrizes apontadas na pesquisa para aplicação. A segunda, um manual que tem a finalidade de orientar a prática profissional de gestores e profissionais da APS, quanto ao uso da informação em saúde. O manual oferece um conteúdo teórico que deverá subsidiar o processo de trabalho dos gestores e das equipes e busca sistematizar conceitos, procedimentos, instruções de trabalho e fornecer orientações. Apresenta os principais sistemas de informações em saúde vinculados a Atenção Primária em Saúde, considerando os de abrangência nacional e estadual, bem como as suas características e funcionalidades e as orientações técnicas para operação dos sistemas.

Palavras-chave: atenção primária em saúde; informação em saúde, sistemas de informações em saúde; planejamento em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The importance of health information is increasing, especially in the area of public health. Health information should be considered as a tool to know the socioeconomic, demographic and epidemiological reality, and carry out the planning, management, organization and evaluation of services at the different levels that make up the Unified Health System (SUS -Sistema Único de Saúde, portuguese). Health Information Systems are used for the organization and processing of the data collected in health, whose main purpose is to feed health indicators, which makes it possible to know the reality of the population and the possible changes that can occur in it. **Objective:** to investigate how professionals who work in Primary Health Care (PHC) manage and use health information as a tool for planning actions and decision making. **Method:** this is a qualitative research, which used Focus Group (GF-Grupo Focal, portuguese) and individual interviews for data collection. Focus group and individual interviews with professionals who hold care and management positions in PHC. The discourses produced were submitted to Thematic Content Analysis. **Results:** the results indicate the non-use of Information Systems as a tool for planning actions and decision making. They also point out that the professionals are unaware of the systems available in the national and state databases and their functionalities, and the advisable use of health information. They refer to the lack of qualification of professionals for the use of health information. **Conclusion:** despite the different information systems available, they contribute little to the planning of actions and the consequent decision-making. Two proposals seek to answer the main problems identified, the first being the application of the guidelines pointed out in the research and the monitoring during a certain period of time of the activities carried out. The second, a manual that aims to guide the professional practice of PHC managers and professionals regarding the use of health information. The manual offers theoretical content that should support the work process of managers and teams and seeks to systematize concepts, procedures, work instructions and provide guidance. It presents the main health information systems linked to Primary Health Care, considering those of national and state scope, as well as their characteristics and functionalities and technical guidelines for the operation of the systems.

Keywords: primary health care; health information; health information systems; health planning

LISTA DE SIGLAS, FIGURAS E TABELAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APP	Aplicativos para dispositivos moveis
APS	Atenção Primária à Saúde
CADSUS	Sistema de Informação de Cadastro do Usuário do Sistema de Saúde
CENDES	Centro de Estudo do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento
CNS	Cartão Nacional de Saúde
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
E- SAÚDE	Estratégia de Saúde Digital
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores de Dados Básicos
INAMPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Silva
IST	Informes de Situação e Tendências
MS	Ministério da Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão

PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNIS	Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RISPA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RNVE	Registro Nominal de Vacinação Eletrônico
SEIDIGI	Secretaria de Informação e Saúde Digital
SES	Secretária Estadual de Saúde
SESP	Secretária de Segurança Pública e Defesa Social
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos e Notificações
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador para Internet
TAWIN	Tabulador para Windows
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade Pública de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I	13
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo geral	16
1.2 Objetivos específicos	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Atenção Primária à Saúde	17
2.2 Informação em Saúde	21
2.3 Sistemas de Informação em Saúde	26
2.3.1 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	31
2.3.2 Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)	33
2.3.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	37
2.3.4 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	41
2.3.5 Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)	42
2.3.6 Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI)	44
2.4 Estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde	49
2.5 Sistemas de Informações Estadual	50
2.6 Planejamento em Saúde	55
3 METODOLOGIA	59
3.1 Tipo de Estudo	59
3.2 Campo da Pesquisa	59
3.2.1 População do Estudo	60
3.2.2 Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados	61
3.2.3 Aspectos Éticos	63
CAPÍTULO II	64
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	64
4.1 Análise das Entrevistas	84
CAPÍTULO III	96
5 PRODUTO TÉCNICO	96
CAPÍTULO IV	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	103
APÊNDICE A – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	112
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA	114
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	115
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE	118

APRESENTAÇÃO

Minha formação acadêmica inclui graduação em Enfermagem, concluída em 2005, na Universidade Católica de Goiás. E cursos de Pós-graduação *lato sensu* como Saúde Coletiva, pela Faculdade de Montes Belos Goiás, concluída em 2011; Atenção Primária à Saúde, na Universidade Estadual de Goiás, concluída em 2018; Saúde Digital pela Universidade Federal de Goiás, finalizado em 2022 e Curso de Extensão e Formação de Preceptores pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) finalizada em setembro de 2023.

Durante a graduação e pós-graduação sempre me identifiquei com a abordagem dos temas relacionados com a Saúde Coletiva. Finalizei a graduação com a convicção de que queria trabalhar na área da Atenção Primária à Saúde (APS). O meu primeiro emprego foi na Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Doverlândia (GO), por meio de contrato temporário. Destaco que, no ano de 2012, passei a ocupar o cargo de enfermeira, como servidora municipal efetiva, na cidade de Piranhas (GO), onde, desde 2006, já atuava, em regime de contrato temporário, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Exercendo funções vinculadas as atividades de assistência e coordenação na Estratégia Saúde da Família. Nesse ínterim, desempenho atividades como docente em cursos direcionados a Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem; atualmente, estou envolvida no ensino dos seguintes componentes curriculares: Saúde coletiva I e II e Estágio Supervisionado na Estratégia Saúde da Família, fundamentalmente pensados para discentes do Curso Técnico em Enfermagem.

Durante esse período foram inúmeros aprendizados, experiências e desafios no âmbito da atenção Primária a Saúde. A ideia de estudar o uso da informação em saúde para o planejamento das ações em saúde e tomada de decisão na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde surgiu no curso de especialização em Saúde Digital na UFG, mas até então não tinha a percepção da importância das informações em saúde para o planejamento das ações no território. Conversando com os colegas de trabalho percebi que a grande maioria não tinha familiaridade com os sistemas de informação em saúde disponíveis que podem ser utilizados como ferramenta de apoio para auxiliar na construção do planejamento das ações em saúde.

Minha opção pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família se justifica por ser a minha área de atuação profissional e pela necessidade de adquirir conhecimento, qualificando a assistência ofertada à população, ampliando, assim, a resolutividade das questões afetas a esse campo da saúde pública, permitindo, ainda, a capacitação de outros profissionais, que atuam ou desejam atuar nessa área. Os conhecimentos adquiridos na graduação precisam ser

constantemente complementados diante das demandas diárias. A realização do mestrado me traria ainda satisfação pessoal e a aquisição de novas perspectivas teóricas que me auxiliem na prática profissional como enfermeira e na docência.

O cenário da saúde pública vem passando por diversas transformações no processo de trabalho, dentre elas a implementação da Saúde Digital, o que me despertou para a necessidade de me capacitar. Ademais, admito que o tempo e a experiência profissional acabaram conduzindo minhas energias para o campo da atuação prática. Contudo, percebi a importância de o profissional estar em constante processo de ensino-aprendizagem, principalmente os que estão inseridos na Atenção Primária à Saúde, sendo ela um potente espaço para a construção e desenvolvimento de práticas que possibilitam mudanças de comportamentos em relação à saúde. A educação é a forma mais eficaz para a implementação de novas práticas, nas atividades de promoção, recuperação, proteção, cidadania, autonomia e responsabilidade social. A prática diária dos profissionais da Estratégia Saúde da Família deve estar, portanto, vinculada a educação permanente por ser fundamental que estejam qualificados para transmitir informações à população, considerando as suas particularidades, individualidades e coletividades.

Sabemos que é um grande desafio mudanças no processo de trabalho dos profissionais, pois envolve não só mudanças de saberes, concepções e posturas profissionais, mas também barreiras/questões estruturais e de gestão. Toda possibilidade de mudanças traz consigo grandes desafios e, por meio de pequenas ações cotidianas, vamos consolidando esse processo de transformação da realidade. Espero que esse trabalho consiga ao menos sensibilizar cada um/a dos/as envolvidos/as sobre a importância da ressignificação de suas práticas para atingirmos a qualificação do cuidado com a nossa população e o fortalecimento do SUS!

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é fruto da pesquisa intitulada *Uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão: perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde*. Tem como temática central a informação em saúde, uma das áreas de conhecimento da Saúde Coletiva, que está inserida nas políticas de saúde para promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Frente à evolução do processo de mudanças políticas, sociais, econômicas e tecnológicas pelas quais vem passando a sociedade moderna, torna-se cada vez mais evidente a importância que a informação tem assumido nos diversos campos da atividade humana. Sua necessidade vem sendo reconhecida tanto para a tomada de decisão, como para o exercício da plena cidadania, fortalecida pelo acesso democrático às informações.

Segundo Buckland (1991), a informação pode ser observada de formas distintas e se enquadra em três categorias: informação como processo; informação como conhecimento; e, informação como coisa. Como processo, a informação compreende o ato de informar com o sentido de comunicar algo. No segundo caso, a informação em forma de conhecimento comunicado diz respeito àquilo que gera conhecimentos e diminui incertezas. Por último, a informação como coisa se refere a algo em forma de objeto, documento ou dado que tenha a função de comunicar, informar ou divulgar o conhecimento.

A informação é uma produção fenomenalmente social cuja finalidade é dinamizar a intercomunicação humana e promover exposições e descobertas para construção do conhecimento através de interações entre sujeito/autor e sujeito/usuário por meio de dados (plano físico e histórico social dos sujeitos da informação), mensagens (no plano abstrativo) e atividades documentais (plano material), que favorecem interpretações por parte dos sujeitos e resultam na apreensão e apropriação pelo sujeito/usuário efetivando um caráter de compreensão (Silva, 2006).

A partir dessa abordagem conceitual, a informação é compreendida como um processo de expansão da consciência que, por intermédio dos conteúdos informacionais, constitutivos do processo chamado informação, leva o indivíduo a um estágio de consciência informacional, ou seja, uma consciência da possibilidade do conhecimento e da ação informada (Silva, 2006).

Para Taylor (1986), a informação é um recurso organizacional que deve ser gerenciado para dar subsídios à tomada de decisão, portanto a informação em saúde considerando as

determinações sociais do processo saúde-doença é uma ferramenta imprescindível para fomentar o processo de trabalho, ao compreender a estrutura para uma gestão eficaz dos serviços.

A disponibilidade de informações apoiada em dados válidos e confiáveis é condição fundamental para a análise objetiva sobre determinados atributos e dimensões da situação de saúde, bem como o desempenho do sistema de saúde corroboram para a construção de indicadores de saúde da população.

No modelo de atenção à saúde proposto pela Reforma Sanitária (RS), foram introduzidos conceitos que influenciaram o novo paradigma, como a descentralização dos processos decisórios, a contextualização das informações para ação em nível local e para promoção da saúde, a participação comunitária e o exercício da cidadania (Castro, 2003).

O processo de descentralização proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe consigo uma intensa discussão sobre a descentralização da produção de informações, de modo a possibilitar à gestão a definição de prioridades em nível municipal (Oliveira; Coelho, 2021). Deste modo, a inclusão das tecnologias de informação nos processos de saúde tem sido de fundamental relevância, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são importantes ferramentas computacionais que, além de organizar os dados e gerar informações, subsidiam o planejamento, monitoramento de programas e políticas públicas e avaliações em saúde. Portanto, o SIS tem a finalidade de fornecer de forma sistemática e contínua informações estratégicas para subsidiar o processo decisório, contribuindo para a qualificação da gestão na assistência à saúde (Cunha; Vargens, 2017).

No Brasil, diversos SIS federais foram instituídos antes mesmo da implantação do SUS e os seus objetivos estavam voltados para os governos federal e/ou estadual. Os municípios assumiam o papel de coletores de dados e, frequentemente, ocorria a subutilização dessas informações. Assim, eles permaneciam excluídos do processo de elaboração dos planejamentos, dispondo de pouca ou nenhuma experiência/autonomia para a formulação de políticas e para a tomada de decisão (Pinheiro *et al.*, 2016).

No que se refere a tomada de decisão local, comunidade e profissionais da área, gestores e tomadores de decisão em saúde necessitam ampliar seu conhecimento sobre a realidade, por meio da busca, coleta e análise de informação nas mais variadas formas de apresentação. E, na maioria das vezes, a informação disponível não é suficiente por si mesma ou não é suficientemente conhecida e divulgada (Castro, 2003).

O uso das informações como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão sob a perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) requer reflexão

pelos gestores e profissionais de saúde, visto que a prática vem mostrando que é imprescindível um novo modo de pensar e de gerir os serviços no campo da saúde. No contexto da construção do SUS e da descentralização da gestão, a utilização das informações emerge como uma ferramenta fundamental que pode se transformar em conhecimento e ação. Acredita-se que uso da informação aliada aos SIS, que possui disponível banco de dados com informações referente a indicadores de saúde, pactuações, assistência à saúde, epidemiologia, morbidade e estatísticas vitais, possam contribuir para a tomada de decisão e para a consolidação de mudanças, no sentido de produzir práticas mais coerentes com a realidade de cada esfera de gestão, principalmente nos municípios, que são os grandes fornecedores de dados, onde localiza a base de coleta da maioria dos SIS.

Os sistemas públicos formais de informação em saúde estudados foram de base nacional, gerenciados pelo Ministério da Saúde e estadual sob a responsabilidade da SES (GO). Dentre muitos sistemas de informação disponíveis nas duas bases, optamos por excluir alguns por entendermos que os dados produzidos por estes sistemas não são coletados e alimentados pela à APS nem oferecem retorno e subsídios direto que instrumentalizem as ações de saúde na tomada de decisão. Fizemos um recorte optando pelos sistemas de informação em saúde que circulam na APS no município, os quais possuem características que possibilitam seu uso enquanto instrumento para o processo de tomada de decisão neste nível.

Após este recorte foram incluídos os de base nacional, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e-SUS Atenção Primária (E-SUS), Tabulador de dados para o Windows (TABWIN), Tabulador de dados On-line (TABENET), Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e os de base estadual, os trinta e dois painéis disponíveis na plataforma inovação saúde, agrupados por temas: Atenção Primária a Saúde, gestão, indicadores de saúde e vigilância em saúde.

Para a sustentação deste estudo buscou-se na literatura abordar as seguintes temáticas: APS, conceito de informação em saúde e a diferença entre dados, informação em saúde no processo decisório e suas implicações no planejamento em saúde, sistemas de informação em saúde, passando pela teoria dos sistemas e pela informação em saúde enquanto instrumento na tomada de decisão no nível local.

Considerando as questões até aqui colocadas sobre o uso da informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão, bem como as experiências no cotidiano do trabalho, nosso estudo partiu das seguintes questões norteadoras de pesquisa: como

tem sido utilizado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde as informações em saúde? Qual a relação dos profissionais de saúde com os sistemas de informações disponíveis? Como são utilizadas as informações existentes no planejamento em saúde para a tomada de decisões?

Neste contexto, insere-se o objeto deste estudo, o uso da informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão: perspectiva dos profissionais da atenção primária a saúde no município de Piranhas, em Goiás. A linha de investigação a ser seguida tem como objetivo geral investigar como os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família utilizam a informação em saúde para apoio à tomada de decisão.

Com os resultados obtidos, e considerando como foi estruturado este estudo, é possível melhorar o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, promovendo vigilância em saúde e como resultado aprimorar a assistência prestada, bem como os indicadores de saúde da população do município.

1.1 Objetivo geral

Investigar como os profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde gerenciam e utilizam a informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão no município de Piranhas, Goiás.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento dos profissionais sobre o que é informação em saúde e a relação entre dados, informação e planejamento;
- Descrever os sistemas de informações em saúde que os profissionais utilizam;
- Conhecer a compreensão dos profissionais acerca da importância das informações em saúde para a tomada de decisão no planejamento das ações; e,
- Propor estratégia de intervenção que tenha por objetivo promover o uso dos sistemas de informação em saúde para o planejamento das ações de saúde e tomada de decisão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde

Na III Conferência Nacional de Saúde (1963), diversos setores da sociedade brasileira já expressavam insatisfação com a estrutura do sistema nacional de saúde, especialmente em relação à centralização, à dicotomia entre assistência médica e ações preventivas, à fragilidade do sistema no tocante à sua capacidade para enfrentar os problemas de saúde da população (Fausto, 2007).

No Brasil a APS é implantada a partir dos princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de Atenção Básica a Saúde (ABS) com a finalidade de reorientação do modelo assistencial, com estrutura em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica, política e de planejamento em saúde. (Fausto, 2007).

Na atualidade, o Brasil adota Atenção Básica (AB) como sinônimo da APS. A escolha por AB durante a formulação desta política é referência ao projeto político apresentado pela esquerda democrática brasileira que participava da condução do movimento da Reforma Sanitária e buscava se distanciar da perspectiva internacional de uma APS seletiva que operaria como uma cesta básica de serviços para pobres (Giovanella, 2018).

Uma das premissas adotadas para reorganizar o modelo de atenção à saúde no país foi investir na APS, que é reconhecida internacionalmente como um fator de benefício na sustentação de sistemas de saúde de qualidade (Giovanella, 2018). Os cuidados primários fortalecem o potencial resolutivo dos serviços, pois seu foco está na promoção e prevenção, atuando sobre os problemas de saúde em uma perspectiva ampliada (Starfield, 2002). Buscando criar serviços de saúde para atuar nesta perspectiva, o país criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017b).

No sistema de saúde a APS, compreende o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde (Starfield, 2002).

Starfield define quatro atributos, que devem demarcar a organização da APS. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde ou fazem parte do processo da atenção neste âmbito. Sendo eles: 1) Primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde; 2) Integralidade, as unidades de atenção primária devem se organizar

para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde; 3) Continuidade, pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes da atenção primária; 4) Coordenação, que significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/90. Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS e posteriormente o PSF surgem com o propósito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com restrita rede de serviços de saúde conformada (Brasil, 2001).

A institucionalização do PACS estava associada também à ação do governo federal para enfrentar o problema dos altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias na Região Nordeste do Brasil, posteriormente se estendendo à Região Norte. O PSF, considerado uma derivação e ampliação do PACS, priorizou sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social, tendo como base de informação o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária (Brasil, 2001).

A Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como meio prioritário para a organização do SUS e como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O PSF deixa de ser um programa e passa a ser definido como uma estratégia de reorganização da APS. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi legitimada a partir da PNAB, e estabelecida como uma nova dinâmica de vínculo entre os serviços de saúde e a população.

A portaria n.º 399 de 2006 (Brasil, 2006a) pactua diretrizes fundamentais para a consolidação do SUS, avançando na descentralização e na municipalização da gestão em saúde. A ESF ganha diretrizes operacionais e maior formalização da política enquanto processo de

trabalho definido como responsabilidade da gestão municipal, o planejamento e a implementação desses serviços (Brasil, 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB 2017) marca um avanço significativo na consolidação da APS no Brasil. Ao definir diretrizes e princípios para a organização dos serviços de saúde na base do sistema, ela fortalece o papel central da APS como a principal porta de entrada para o SUS. Esta política reconhece a importância das equipes multiprofissionais e da integração de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, promovendo uma abordagem holística e centrada no paciente (Brasil, 2017).

A descentralização política ampliou o poder e a responsabilidade dos municípios para executarem as políticas públicas, de modo que cada governo municipal pode construir sua rede de Atenção Básica de acordo com seus interesses, vontades e capacidades. A descentralização no cuidado direcionou a atenção para fatores externos da doença, demandando um reconhecimento de suas causas e de seus contextos. Apesar da escolha, durante a década de 1990, de distanciar-se de uma APS seletiva, a PNAB sofreu diversas mudanças em suas diretrizes nos últimos anos (Martins; Carbonai, 2021).

A ESF foi implantada no Brasil, juntamente o Pacto em Saúde (2006) que se divide em três componentes centrais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Pacto afirma surgir com a finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a Atenção Básica em saúde e focalizando em ações de promoção a saúde.

A expansão da ESF teve maior impacto nacionalmente a partir de 2004, quando foi criado o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Através deste programa, o governo federal em parceria com o Banco Mundial passou a dispor de recursos financeiros para a habilitação e estruturação de equipes de saúde da família em municípios com mais de cem mil habitantes (Schimith *et al.*, 2017).

Segundo os dados do Portal de Departamento da Atenção Básica, atualmente a APS abrange 75,12% do território nacional, com 48 mil equipes dedicadas ao cuidado de mais de 160 milhões de cidadãos. Essas equipes atuam em mais de 40 mil unidades básicas de saúde, distribuídas em 5.460 municípios (Ministério da Saúde, 2022).

As equipes da ESF atuam em territórios delimitados, o que significa que esse território tem prioridades, que serão observadas a partir do diagnóstico situacional, o que contribuirá para a realização do planejamento e programação das ações e serviços de saúde também específicos, buscando a qualidade dos mesmos e o atendimento prioritário e direcionado aos problemas e necessidades de cada território. Nesses espaços as equipes de saúde da família têm o dever de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizar o trabalho em equipe, estabelecer

a família como objeto de trabalho, e desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção à saúde (Dalpiaz; Stedile, 2011).

Os objetivos da ESF apresentam uma proposta que se posiciona no sentido da reorientação da assistência em saúde, considerando os princípios que norteiam o SUS, são eles:

Objetivo geral: Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Objetivos específicos:

- I. Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- II. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- III. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- IV. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- V. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- VI. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- VII. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 1997, p.10).

Portanto, ESF visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS, sendo tida pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Neste contexto, ESF inclui os principais elementos para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância. Nesta perspectiva, a informação em saúde é uma ferramenta essencial para segurança sanitária e prevenir ameaça a saúde, haja vista que ela proporciona um novo ponto de vista para interpretação de eventos ou fenômenos, dando visibilidade e significados antes invisíveis. Desse modo, a informação é um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento para tomada de decisão.

2.2 Informação em Saúde

A informação em saúde nasceu no século XIX com o incremento dos estudos de epidemiologia. No início do século XX, a estatística também contribuiu para o fortalecimento da ideia de que era preciso reunir e comunicar informações sobre a saúde das populações (Pereira, Lima, 2008).

Define-se informação como o produto obtido a partir de determinada combinação e interpretação de dados e o significado que o homem atribui a ele, por meio de convenções e representações. Toda informação, portanto, deve gerar uma decisão, que, por sua vez, desencadeará uma ação. Ela possibilita o conhecimento, a avaliação e o juízo sobre determinada situação. É um importante recurso para subsidiar o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desencadeadas. (Pereira, Lima, 2008). Segundo, Ferla; Cecim e Alba (2012) a interpretação ou o significado dos dados constituem o conceito de informação. Com base na interação e combinação de um conjunto de dados, é possível a gerar informações que nos possibilitem fazer inferências da realidade. Os autores ampliam esse conceito quando trazem para a reflexão um ciclo de compreensão mais complexo para o processo informacional, pois a compreensão mais adequada, na perspectiva da gestão da saúde para gestores e trabalhadores é dado/informação-inteligência coletiva, ou seja, vai além do caráter instrumental da informação como variável técnica no processo decisório. Gestores e trabalhadores devem explorar um conjunto de reflexões que associam o cotidiano do trabalho em saúde da produção de conhecimentos, ativando uma inteligência que vem depois, não somente pelo acesso à informação, mas a modificação dos modos de conhecer e saber.

Deste modo, Ferla, Cecim e Alba (2012) e Pinto *et al.* (2010) construíram o diagrama que representa a informação ao centro e as possibilidades da sua utilização a partir das questões para que, como e onde. Em seguida, mostram um ciclo ampliado com sequência sobre diferentes momentos que se iniciam no acesso aos dados e percorrem um caminho que, dentre outros, passa pela informação, conhecimento até a ação.

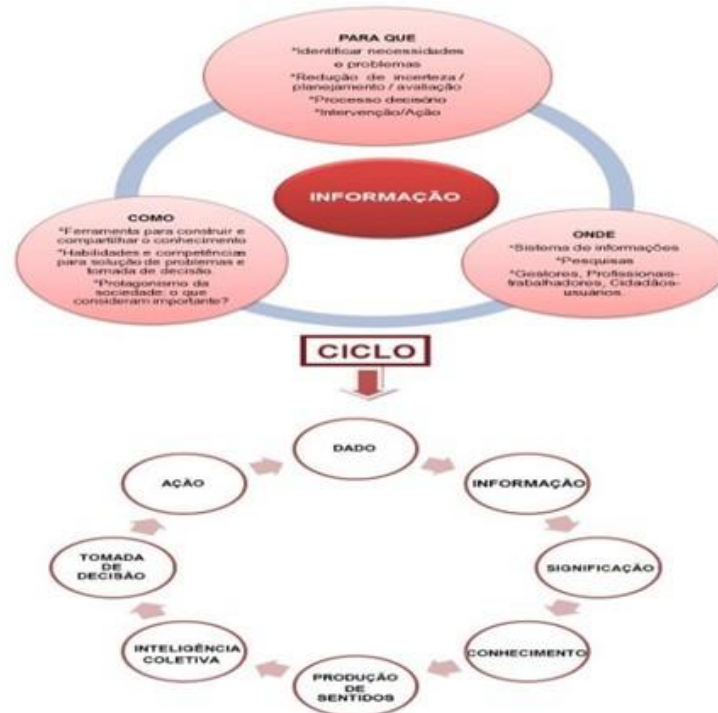


Figura 1- Diagrama sobre a utilização dos SIS e o ciclo dos diferentes momentos a serem galgados durante a transformação de dados em ação, pensados a partir de Pinto *et al.* (2010) e Ferla; Cecim e Alba (2012).

A informação na área da saúde não pode ser considerada apenas como um instrumental sistêmico-funcional, mas como um processo de relações que permite analisar os ruídos no cotidiano dos serviços, nos processos de intervenção em saúde, pois pode ser analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam as instituições de saúde.

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Para além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle social.

O Ministério da Saúde em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) acordou em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde no Brasil. Instituiu-se então como estratégia a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) para promover ações de intercâmbio de conhecimentos que aprimorassem a análise dessa situação, a gestão da informação, o planejamento, o monitoramento e a avaliação da saúde da população brasileira. Em termos normativos foi formalizada em 1996, por Portaria

Ministerial. Em 2023, por meio da parceria firmada entre a Secretária de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI/MS) e a OPAS, promove a reativação da Rispa, que tem um papel fundamental para aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso de informações para políticas de saúde. Tais informações estão disponibilizadas em uma base de 143 indicadores periodicamente atualizada e que promove um consenso sobre temas de interesse para a melhoria da informação em saúde, no que diz respeito ao estado de saúde da população e aos aspectos sociais, econômicos e organizacionais que influenciam e determinam a situação de saúde (Rispa, 2008; Seidigi, 2023).

Neste sentido, o primeiro produto finalístico da Ripsa é a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB), que sistematiza informações essenciais para compreensão geral da situação de saúde e acompanhamento de suas tendências. Nos seus primeiros anos de atuação, a Rede dedicou-se ao processo de construção coletiva do IDB e a aperfeiçoar progressivamente esse produto, assegurando a sua disponibilidade regular.

Seguido do segundo produto substantivo da Ripsa: a elaboração de Informes de Situação e Tendências (IST). Também deu início a um processo de aplicação da metodologia Ripsa em âmbito estadual, que visa promover a qualidade e o uso da informação nos sistemas locais de saúde.

A finalidade da informação em saúde é identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger o processo saúde/doença e as informações de caráter administrativo, todas essenciais no processo de tomada de decisão no setor e que são geradas para responder aos objetivos da área e dos serviços de saúde devendo estar integradas com as diretrizes das políticas de saúde, com os planos de governo no nível municipal, estadual e federal. (Carvalho, 2009).

No mundo de hoje, os dados para a área da saúde são essenciais para a tomada de decisões e inovações. A saúde depende cada vez mais de soluções orientadas por dados, a coleta eficiente dos dados de saúde pública está se tornando cada vez mais proeminente. Trata-se de uma fonte objetiva que mostra a realidade do que está acontecendo na saúde da população, investigando surtos, prevenindo doenças. No entanto, é importante enfatizar que, para que os dados de saúde tenham um impacto, eles devem ser transformados em informação, dados desvinculados de referencial explicativo e limitado.

Em saúde pública, compreende-se dado como registro de observações e de medidas objetivas de características de pessoas e de fatos que compõem determinado evento ou

ocorrência de saúde em determinado tempo e lugar. Nessa linha, o dado agrega significado aos eventos de saúde. No âmbito da vigilância em saúde, dado é a descrição de atributo, de situação e de fato. Os dados são como uma matéria-prima, sobre a qual trabalhamos juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os para produzir informações que traduzam um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação (Cunha, Vargens 2017).

Tendo em vista o grande volume de informação disponível, é preciso selecionar as fontes de dados para encontrar informação relevante. A informação coletada é avaliada segundo sua importância e, sempre que adequado, ela é canalizada para uma análise qualitativa e quantitativa, que é basicamente uma interpretação da informação. Então gestores e profissionais decidem se ali existe um problema. Se assim for, avaliam outras opções de soluções para escolher uma delas.

Portanto, mais do que um conjunto de dados sobre doenças, o que se defende é que informação em saúde, como campo teórico e operacional, diz respeito ao monitoramento das condições de vida da população, nos moldes do que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, portanto, de uma ferramenta de gestão e de controle social. (Cunha, Vargens, 2017).

O processamento das informações subsidia a tomada de decisão, o gestor moderno deve tomar decisões rápidas, sempre apoiado em informação fidedigna e atualizada. Dessa forma, torna-se importante, no processo decisório, conhecer e determinar a origem da informação, pois se observa que o exercício da gerência é um processo de tomada de decisão contínua das ações que se sustentam na informação.

A tomada de decisão depende de um processo de escolha adequado, baseado em informações pertinentes que possibilitem a identificação e análise do problema; o estabelecimento, análise e comparação de soluções alternativas, através do levantamento das vantagens e desvantagens de cada alternativa, bem como da avaliação de cada uma delas quanto ao grau de eficiência, eficácia e efetividade no processo; a implantação da alternativa selecionada, incluindo o devido treinamento das pessoas envolvidas; o controle e avaliação, com base em critérios estabelecidos pela instituição (Branco, 2001, p. 168).

Segundo Sanches (1997), a tomada de decisão apresenta como elementos fundamentais, a informação, a preferência do decisor e a intuição. O primeiro elemento se justifica porque o conhecimento necessário à decisão/avaliação apenas se torna disponível através das informações. O segundo porque as decisões não são apenas baseadas em informações fornecidas por terceiros, mas, especialmente a partir das experiências passadas e preferências

do decisor. E o terceiro derivado parcialmente dos ingredientes já citados, somado à ação do lado criativo da mente, pelo fato da intuição consistir numa qualidade essencial aos bons decisores.

O uso estratégico da informação, também é vista como um componente intrínseco de quase tudo que uma organização faz, e destaca três campos distintos onde o uso da informação desempenha uma função estratégica: na primeira interpretação do sentido, a organização usa a informação para dar sentido às mudanças do ambiente externo. Uma tarefa crucial da administração é diferenciar as mudanças mais significativas, interpretá-las e criar respostas adequadas para elas; a segunda arena criação do conhecimento é aquela em que a organização cria, organiza e processa a informação de modo a gerar novos conhecimentos por meio do aprendizado e a terceira tomada de decisão é aquela na qual as organizações buscam e avaliam informações de modo a tomar decisões importantes (Choo; Rocha 2003).

Para estabelecer a estratégia mais adequada ao alcance dos objetivos fixados pela organização existem diferentes níveis de tomada de decisão, os quais vão impulsionar recursos para a concretização dos seus objetivos (Chiavenato, 2000): 1) decisões estratégicas são tomadas no âmbito institucional. Consiste nas relações entre a organização e o ambiente; direcionam o comportamento da instituição; visam potencializar os produtos e serviços da organização, otimizando o retorno sobre o investimento; 2) decisões táticas são tomadas no âmbito intermediário, relacionadas com a estrutura e configuração organizacional da empresa, com a alocação e distribuição de recursos. Essas decisões são mais específicas e concretas do que decisões estratégicas e mais voltadas para a ação; 3) decisões operacionais são tomadas no nível mais baixo da estrutura organizacional, no campo da supervisão ou operacional de uma empresa, e se referem ao curso de operações diárias. Essas decisões determinam a maneira como as operações devem ser conduzidas e referem-se à maneira mais eficiente e eficaz de realizar as metas estabelecidas no nível médio.

Quanto maior a complexidade das organizações, maior é a importância das informações de forma clara em seus níveis estratégico, tático e operacional. Com isto, a organização deve construir sistemas de informações que permitam uma racional transformação dos dados em informações e conhecimentos, subsidiando o processo de tomada de decisão para, desta forma, contribuir para um melhor desenvolvimento do processo decisório (Freitas *et al.*, 1997).

Geralmente, as informações necessárias para a tomada de decisão são buscadas fora do setor que as necessita, isto é, a maioria das informações necessárias para melhorar a tomada de decisão funcional é gerada fora da função. Desta forma, dividir informações dentro da organização é importante para melhorar a produtividade. Quando uma organização aprende a

dividir informações entre os setores, os funcionários serão dotados de *empowerment* para tomar decisões mais acertadas e mais fundamentadas (Wetherbe, 1991).

A tomada de decisão nas organizações vai exigir cada vez mais trabalhos em equipe e maior participação das pessoas. O trabalho em equipe coloca em evidência os procedimentos de diálogo baseados na ideia de que a comunicação deve ser estimulada visando ao estabelecimento de um pensamento comum (Angeloni, 1992).

Diante da impossibilidade de uma pessoa deter todas as informações e conhecimentos e considerando que nem sempre os mesmos estão explicitados e disponíveis, a tomada de decisão em equipe é uma forma para superar as barreiras das informações e conhecimentos parciais (Angeloni, 2003).

Os processadores de informação, os tomadores de decisão atuam limitados pelo volume, pela qualidade de dados disponíveis, por sua habilidade para acessá-los e por sua capacidade de analisá-los. O sucesso de um gerente pode ser medido pela qualidade e quantidade de suas decisões, que vão depender de sua eficiência na utilização de informações. Importante obter informações úteis e exatas disponíveis no momento certo (Borges, 1995).

No exercício da função gerencial, a ênfase deve ser dada à informação. O setor público brasileiro caracteriza-se pela profusão de níveis organizacionais, além de uma grande diversidade de estilos gerenciais, pela superposição de atribuições e por uma forte tendência a centralizar em poucos pólos os encargos de acompanhamento e avaliação da execução e de assessoramento às decisões de natureza estratégica (Sanches, 1997). Por outro lado, a atribuição gerencial é frequentemente exercida sob um considerável grau de improviso, com gestores apresentando aproximação insuficiente em relação aos sistemas de informações, o que causa diversas dificuldades no processo decisório e na obtenção de resultados (Branco, 2001).

Estes aspectos são críticos o suficiente para que se entendam as razões das dificuldades que cercam o desenvolvimento e a implantação de sistemas de informação de múltiplo uso nas organizações públicas (Sanches, 1997, p.73). A permanência destes sistemas depende, igualmente, de sua capacidade de atender oportunamente às necessidades do decisor ou de tornar disponível o instrumental que lhe permita obter, de maneira ágil e direta, as informações relevantes e confiáveis de que necessita para decidir.

2.3 Sistemas de Informação em Saúde

Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão apoio à produção

de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde. No Brasil, quando esses sistemas têm abrangência nacional são chamados de fontes de dados nacionais sob a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (Neto; Chioro, 2021).

Historicamente, ao avaliarem os bancos de dados nacionais, percebia-se que a construção dos SIS era voltada para uma racionalidade de centralização e verticalização, com acúmulo de dados, com pequena utilização para apoio à decisão e poucas informações integradas para dar conta da complexa situação de saúde nas diferentes regiões do país. Além do que não havia retorno para os municípios dos resultados obtidos em cada um deles (Neto; Chioro, 2021).

Atualmente, tem sido observado imenso avanço no que diz respeito ao acesso e às possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil: o processamento desses sistemas vem, gradativamente, passando para estados e municípios, permitindo que a análise ocorra em tempo oportuno (Santos, 2023).

Ao considerarmos os sistemas de informações em saúde temos que dados são armazenados no intuito de serem criadas reservas de conhecimento sobre a situação de saúde da população num determinado tempo e espaço. Essas informações têm um fluxo a seguir em que são primeiramente coletadas, posteriormente tratadas e armazenadas, tornando assim um produto social coletivo, constituído a partir de uma rede complexa de olhares dispersos, multifacetados, construída ao longo da história brasileira (Santos, 2023).

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) foi formalmente criada em 2004, por meio de um processo influenciado pela 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. Uma das propostas aprovadas nesta Conferência foi a necessidade de os diferentes níveis de governos modernizarem e integrarem seus sistemas de compartilhamento de informações sobre saúde. Esses sistemas precisavam ser compatíveis, transparentes e de fácil acesso para as três esferas de governo do SUS, a sociedade organizada e a opinião pública. Para retratar o processo de criação no ano 2004 foram reunidas informações de várias disciplinas científicas, pontos de vista e técnicas de controle social. Também nesse processo foi elaborada uma revisão sistemática da bibliografia sobre estratégias, diretrizes e experiências de países que enfrentaram (e ainda enfrentam) o desafio de construir políticas nacionais de informação em saúde (Brasil, 2004).

No que tange ao cenário normativo, dentre as iniciativas do Ministério da Saúde, destaca-se a publicação da Portaria n.º 2.073/2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do

SUS, nas esferas Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar, que representou um avanço no campo normativo da avaliação e disponibilização da informação estratégica em saúde. (Brasil, 2011)

No ano de 2017, foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento denominado Estratégia e-Saúde para o Brasil, que declara:

Até 2020, a e-Saúde estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de saúde por meio da disponibilização e uso de informação abrangente, precisa e segura, que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de saúde, nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde (Brasil, 2017, p. 9).

O documento, desencadeou uma série de iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como: Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação 2019-2023, em vigor, e configura um marco relevante por estabelecer programas e projetos integrados que, até o final de 2023, coloquem a Saúde Digital em um novo patamar no Brasil (Brasil, 2020).

No ano de 2020, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028, o documento tem como propósito promover e sintetizar a necessária revisão da Visão Estratégica e do Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital (PAM&A 2019-2023) para o Brasil. Por ser uma continuidade das ações desenvolvidas até hoje, este documento reafirma as diretrizes, políticas, portarias, atos e iniciativas já aprovados no âmbito do Sistema Único de Saúde e se encontra a elas alinhado. (Brasil, 2020).

A trajetória histórica dos SIS está relacionada à evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. Moraes (1994), descreve dois “blocos lógicos” de práxis institucional do Estado no desenvolvimento de sistemas e organização da informação em saúde: o primeiro relacionado aos SIS, que visava dar suporte à racionalização administrativa da assistência médico-previdenciária, regido por uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora, que tinha o procedimento médico como principal evento básico de interesse. O segundo bloco lógico em relação com os SIS desenvolvidos sob a racionalidade campanhista, voltados ao monitoramento de doenças e agravos, e organização e controle de programas verticalizados. (Moraes,1994).

Nas últimas décadas, foram implantados e modificados vários sistemas de informação, cuja gestão é compartilhada. Compete ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) manter o acervo de dados e difundi-los aos gestores e ao público em geral, com o objetivo de auxiliar a disponibilidade de informações de saúde em tempo oportuno, por meio da construção

de indicadores que oferecem uma análise da situação de saúde na esfera local, estadual e nacional, sendo os sistemas de abrangência nacional denominados de Fontes de Dados Nacionais e sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (Albuquerque, 2020).

Nos serviços de saúde e órgãos responsáveis pela gestão do SUS, em todas as esferas de governo, é comum os profissionais de saúde e gestores públicos terem contato com dezenas de sistemas em seus ambientes de trabalho (Neto; Chioro, 2021).

Segundo levantamento realizado por Neto *et al.* (2021), a literatura especializada contempla poucos estudos e também não indica um número definido de quantos SIS de base nacional estão em funcionamento no país. Ademais aos SIS nacional, temos também os de nível estadual e da rede privada.

Neste estudo, priorizou-se destacar os principais SIS, que são utilizados como fonte de informação demográfica e indicadores de saúde na APS do Município.

As iniciativas de disseminação de informações anteriores à redemocratização do país restringiram-se aos bancos de dados, cujo acesso era limitado aos gestores dos sistemas e aos gabinetes de assessoria técnica das autoridades. A limitação de acesso não se devia apenas às restrições tecnológicas da época, mas, principalmente, a uma política de informação subordinada aos interesses da “segurança nacional” e ao viés corporativo das instituições (Lima, *et al.*, 2009).

Em 1990, acontece a reforma administrativa do Estado, o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) foi transferido do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde, conforme reivindicava o Movimento Sanitário. Em decorrência das reivindicações, surgiu a necessidade de criação de uma infraestrutura de informática que pudesse manter os sistemas de controle e pagamento da rede conveniada do Inamps, até então sob a responsabilidade da Empresa de Tecnologia e Informática da Previdência Social (DATAPREV), e desenvolver novas aplicações para apoiar as demais ações da área de saúde. (Lima, *et al.*, 2009).

O DATASUS foi criado em meados de 1991, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde, quando a área responsável pelo sistema de controle e pagamento da rede conveniada do INAMPS foi repassada para o Ministério da Saúde, ficando com o Ministério da Previdência a responsabilidade por sistemas de informática e por todo o parque tecnológico da Previdência Social. A disseminação de informações, prática já anteriormente adotada pela DATAPREV, foi enfatizada pelo DATASUS desde sua criação, traduzida na distribuição pública e gratuita das informações em saúde e de instrumentos que facilitam o seu uso (Silva, 2009).

Inicialmente, o conjunto de serviços do DATASUS consistia basicamente dos sistemas de faturamento – ambulatorial e hospitalar, SINASC, SINAN e SIM.

Em 1998, por determinação do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, em virtude da necessidade de mais proximidade do departamento com a direção ministerial foi criado um grupo de trabalho para viabilizar sua transferência para a administração direta. O DATASUS foi transferido para a Secretaria Executiva, com sua missão ampliada e adequada às necessidades do Ministério da Saúde (MS) e do SUS, conforme estabelecido no Decreto n.º 4.194 de 11 de abril de 2002 (Brasil, 2002).

Nesta perspectiva, considerou-se ser essencial para a gestão da saúde o conhecimento, com qualidade e rapidez, da situação de saúde. O departamento disponibilizava informações em saúde de forma pública e gratuita além de instrumentos que facilitavam o seu uso (Brasil, 2002).

Considerando os avanços tecnológicos e suas diversas funcionalidades pode-se afirmar que as iniciativas do DATASUS em melhorar a disseminação das informações em saúde foram muitas. Dentre elas, os Cadernos de Informações em Saúde (Brasil, 2006b), que disponibilizam dados e indicadores de saúde do Brasil, grandes regiões, estados e municípios, facilitando as comparações e as análises; atendimento *call center*; seminários; *folders*; internet; e os programas de tabulação de dados TABWIN e TABNET (Silva, 2009).

Os programas TABWIN e TABNET, possibilitam a integração de diversas bases de dados existentes no DATASUS e conseqüentemente facilitam a extração de informações relevantes para calcular indicadores, taxas, dados estatísticos, visualização dos dados por meio de gráficos, mapas entre outros (Brasil, 2002).

O TabWin permite associar as tabulações realizadas às feições gráficas de uma base cartográfica, possibilitando avaliação espacial. Esta funcionalidade tornou-se possível por meio da inclusão, na distribuição do TabWin, de arquivos de mapas do Brasil, fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), por regiões, estados e municípios. Assim, os usuários podem mapear as variáveis resultantes de suas tabulações em unidades geográficas adequadas à sua necessidade. A cada nova versão do TabWin, o DATASUS vem implementando novas opções, adaptando suas potencialidades às necessidades do usuário e à tecnologia emergente (Brasil, 2002).

O DATASUS apoiou as secretarias estaduais e municipais de saúde na implementação do TabNet em seus sítios, estimulando a disseminação descentralizada das informações, de acordo com as necessidades locais. Apoiou também as diversas áreas do Ministério da Saúde na organização de seus dados e na disponibilização destes pelo TabNet.

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) tem como objetivo prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde, por meio da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos. Dentre as suas principais linhas de atuação está a de disseminar Informações em Saúde para a gestão e o controle social do SUS bem como para apoio à pesquisa em saúde (Lima, 2009).

Para entender o sistema de informação em saúde no Brasil, seus componentes, função e uso, torna-se conveniente que se conheça um pouco do desenvolvimento histórico e conceitual, bem como a sua evolução e da estrutura atual dos principais Sistema de Informação em Saúde.

2.3.1 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

A concepção dos perfis de mortalidade da população brasileira é possível devido à existência do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que tem como propósito captar todos os óbitos incluindo os fetais que ocorrem no território nacional, bem como suas causas e principais características. Os dados obtidos por meio do SIM destacam-se por serem essenciais para o diagnóstico da situação epidemiológica acerca da mortalidade da população brasileira, para subsidiar a tomada de decisão dos gestores do SUS a partir de intervenções baseadas em evidências e relacionadas com as particularidades de cada local (Brasil, 2023).

No Brasil, a primeira lei obrigando o Estado a registrar óbitos foi estabelecida em 1888. Na década de 1975, o Ministério da Saúde (MS) deu importante passo projetando a implementação do SIM, pautada na Lei n.º 6.216 de 30 de junho de 1975, que indicava que os sepultamentos somente deviam ser realizados mediante certidão do Cartório do Registro Civil, em vista de documento médico que atestasse a morte. No entanto, somente no ano de 1976, que ocorreu a padronização da declaração de óbito (DO), instrumento de coleta de dados do SIM em nível nacional. Vale ressaltar que a legislação até aquele momento não estabelecia a obrigatoriedade da DO, o documento era preenchido por adesão ao sistema e somente a partir do ano 2000 passou a ser de uso obrigatório nacionalmente (Brasil, 2001).

O processo de informatização do SIM ocorreu em 1979 para apoiar a seleção automática da causa básica de morte. A Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizou, o Sistema Automated Classification of Medical Entities (ACME), implantado em São Paulo em 1983. A partir de 1984, ocorreram o desenvolvimento e a disseminação de publicações sobre estatísticas

de mortalidade no país, fundamentais para a evolução da saúde pública e ferramenta importante que objetiva a uniformização quanto à seleção da causa básica da morte (Brasil, 2001).

O SIM ficou sob a responsabilidade de alguns setores do MS até que, em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), atualmente denominada de Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) tornou-se sua gestora, assumindo a tutela de definir variáveis, fluxos de informação, críticas e agregação de dados, entre outras atividades. No entanto, em 2009, foi expedida a Portaria n.º 116, ainda vigente em 2024, dispondo sobre coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações do SIM. Em 2004, a SVS passou a organizar e disseminar anualmente o livro Saúde Brasil, com capítulos destinados ao estudo de como morrem os brasileiros, bem como outros, cujo objetivo era a análise e controle da qualidade da informação em saúde (Brasil, 2004).

Além de ser o documento base do SIM, a DO é um instrumento jurídico hábil para a lavratura do óbito em cartório de registro civil. A emissão da DO é um ato médico, ela é impressa em três vias coloridas branca, amarela e rosa e os formulários são pré-numerados sequencialmente e fornecidos, exclusivamente, pelo MS às SES. Essas últimas, ou suas instâncias regionais, repassam os documentos às SMS e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), que os distribuem às unidades notificadoras: estabelecimentos e serviços de saúde, inclusive domiciliar, serviços de Institutos Médico Legais cadastrados pela SMS. O cartório de registro civil é considerado unidade notificadora em localidades sem médicos (Brasil, 2009). No caso de óbitos fetais, a DO será emitida obrigatoriamente quando a idade gestacional for de 20 semanas ou mais, ou o feto tiver peso igual ou superior a 500 gramas, e/ou estatura igual ou acima de 25 centímetros, sendo opcional quando os valores de tempo, peso e/ou estatura estiverem abaixo desses limites (Brasil, 2023).

Após o preenchimento, o fluxo da DO ocorre em função das características da morte, causa natural ou externa, ou do local de ocorrência, hospitais, outros estabelecimentos de saúde, via pública, domicílios ou outro. Como regra, a via branca é destinada à SMS para registro no SIM. A via amarela é entregue ao familiar ou responsável legal, para lavratura da certidão de óbito em cartório de registro civil. A via rosa é arquivada no prontuário da pessoa falecida. A via rosa fica com a SMS em caso de emissão de DO por causa natural, ocorrido fora do estabelecimento de saúde e, quando na situação de causa externa, for emitida pelo perito designado. No óbito por causa natural em território indígena, a via branca é destinada ao Dsei (Brasil, 2023).

As DO após preenchidas são revisadas nas SMS para identificação de variáveis em branco, possíveis erros ou inconsistências. Em continuidade, ocorre o processamento das causas

de morte registradas no atestado, atribuindo, segundo regra internacional, uma só causa ao óbito: a chamada causa básica, que é definida como a doença ou lesão que iniciou uma sucessão de eventos que termina com a morte ou, nos casos de acidentes ou violências, as suas circunstâncias. Por fim, as DO revisadas e codificadas têm seus dados inseridos no sistema. As bases consolidadas nas SMS são transmitidas as SES e seguem para o MS, formando a base nacional de dados. O prazo estipulado para a transmissão dos arquivos pelas SMS e Dsei ao gestor estadual é de, no máximo, 30 dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito, o prazo das SES ao MS é de até 60 dias (Brasil, 2009).

A base do SIM¹ é disponibilizada em formato database file (DBF) e a análise pode ser realizada em programas estatísticos com ambiente para análises descritivas, de séries temporais, de regressão, de variância e outros, de acordo com a necessidade do usuário. A mortalidade pode ser analisada segundo quaisquer das variáveis constantes da DO, por exemplo, sexo, idade, local de ocorrência e de residência, e, especialmente a causa da morte. Os seus dados permitem construir indicadores de mortalidade geral, materna, infantil, fetal e por causas específicas, detalhando por níveis nacional, regional, estadual e municipal e segundo as características dos falecidos. A partir da construção desses indicadores distribuídos ao longo dos anos é possível estudar suas tendências, verificando as mudanças no perfil de mortalidade das unidades geográficas analisadas e, conseqüentemente, ter elementos para a elaboração de políticas públicas em cada área (Brasil, 2023).

2.3.2 Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Implantado em 1990, o SINASC é considerado a principal ferramenta para o registro dos dados sobre nascidos vivos ocorridos no Brasil. O documento é de uso obrigatório em todo país. Anualmente, são registrados cerca de 3 milhões de nascidos vivos no SINASC, e para cada um dos registros são obtidas informações sobre os recém-nascidos, a gestação e o parto, a parturiente e os serviços de saúde. A cobertura e a qualidade dos dados consolidam esse sistema de informação como um dos maiores registros de nascidos vivos do mundo (Brasil, 2023).

¹ Os dados do SIM são divulgados anualmente, em caráter preliminar, entre 30 de junho e 30 de agosto do ano subsequente ao ano de ocorrência do óbito e, até 30 de dezembro, em caráter definitivo. Os registros anonimizados estão disponíveis desde o ano de 1979 e podem ser acessados para download e tabulação por meio do TABNET, conforme consulta desejada (<https://bit.ly/3t6PcEr>). Além disso, também são disponibilizados arquivos anonimizados contendo os micros dados para serem tratados e analisados, de acordo com o interesse do usuário, em ferramentas específicas (<https://bit.ly/3qdjeIh>). É possível ainda acessar os painéis de monitoramento da mortalidade, entre eles: infantil e fetal (<https://bit.ly/3n4J68c>) e materna (<https://bit.ly/3ADC4dG>) (Brasil, 2009).

O sistema é uma importante ferramenta de apoio à gestão do SUS, visto que monitorar os nascimentos contribui para o conhecimento da situação de saúde materna e infantil da população brasileira. Para compreender o alcance desse instrumento no cenário nacional é necessário resgatar alguns fatos históricos. Na década de 1973, por meio da Lei n.º 6.015, o Brasil regulamentou os registros civis, ficando as estatísticas de nascimentos sob responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Naquela época, os dados sobre nascimentos eram informados pelo pai da criança no ato do registro civil nos cartórios, e eram utilizados, principalmente, para suprir informações demográficas. Estudos desenvolvidos pelo IBGE na década de 1980 apontaram sub-registros dos nascimentos. Considerando a baixa cobertura e a necessidade de informações sobre as condições do recém-nascido e aspectos da gestação e do parto, era premente a busca por outras estratégias de registro. Em 1990, o Ministério da Saúde, por meio do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), implantou o SINASC e a esfera federal passou a ser responsável por normatizar esse sistema de informação, com vistas a padronizar os registros nacionalmente (Brasil, 2023).

Ainda sob a perspectiva de garantir uma coleta uniforme de dados, foi criada a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que passaria a ser o documento base e de uso obrigatório para coleta de dados no âmbito do Sinasc. A seleção das variáveis para compor a DNV considerou a possibilidade de traçar não apenas o perfil demográfico, mas também o epidemiológico dos nascidos vivos, da mãe, do pré-natal e do parto, permitindo uma análise detalhada da situação de saúde materna e infantil (Almeida, 2009).

No ano de 2003, a gestão nacional do Sinasc passou a ser competência da Secretaria de Vigilância em Saúde, atualmente denominada Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), que assumiu a responsabilidade de definir variáveis, fluxos de informação, críticas e agregação de dados, entre outras atividades necessárias para o cumprimento dos objetivos do sistema. Em 2009, foi publicada a Portaria SVS/MS n.º 116, que dispõe sobre a regulamentação da coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre nascidos vivos e as atribuições de cada ente federado acerca da gestão do sistema (Brasil, 2009). Os fluxos dos dados e respectivos prazos foram estabelecidos com base na arquitetura do SINASC, cuja digitação da DNV ainda ocorre de forma offline nos níveis local e regional para posterior transmissão de lotes de dados aos níveis estadual e federal (Brasil, 2009).

Em 2011, foram inseridas variáveis que permitiram o monitoramento epidemiológico de indicações de cirurgias cesarianas de acordo com os grupos de Robson (Brasil, 2023), possibilitando analisar o risco epidemiológico diferenciado para procedimentos cirúrgicos, conforme preconizado pela OMS. Também permitem avaliar a qualidade das indicações e

identificar se há cesarianas desnecessárias sendo realizadas. Em 2016, foi incluído o perímetro cefálico e comprimento no bloco Identificação do recém-nascido, mas essas informações não estão inseridas na atual versão do Sinasc (Brasil, 2023). A DNV é um formulário pré-numerado, composto por três vias coloridas branca, amarela e rosa, em papel carbonado, fornecido exclusivamente pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde. Trata-se do documento hábil para lavratura da certidão de nascimento pelos cartórios de registro civil e deve ser preenchida para todos os nascidos vivos. O preenchimento pode ser atividade de qualquer profissional de saúde capacitado para esse fim. Destaca-se que a validade nacional da DNV se deu por meio da Lei n.º 12.662, de 5 de junho de 2012, que regulamentou sua expedição, ratificando que ela não substitui ou dispensa o registro civil de nascimento, de caráter obrigatório (Brasil, 2012).

As DNV preenchidas são revisadas, codificadas e digitadas no SINASC pelas equipes municipais, que transferem os dados para o nível estadual, que após serem agregados são transferidos para a esfera federal, compondo a base de dados nacionais. A codificação de anomalias congênitas deve ser, preferencialmente, realizada por profissionais capacitados para essa função, a partir da descrição realizada pelo médico (Brasil, 2022).

Em cumprimento da Portaria SVS/MS n.º 116, o prazo estipulado para envio dos arquivos de transferência pelas Secretarias Municipais de Saúde e DSEI ao gestor estadual do SINASC é de 30 dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento. A transmissão das Secretarias Estaduais de Saúde para o módulo nacional é de até 60 dias. O registro regular de nascidos vivos no SINASC e a transmissão da base de dados são condicionantes para o repasse financeiro aos estados e municípios dos recursos federais do bloco de Vigilância em Saúde. A oportunidade dos registros do SINASC compõe o rol de metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA VS) que estimula, por meio de repasse financeiro, ações de melhoria do sistema de Vigilância em Saúde (Brasil, 2010).

No âmbito federal, ocorre a rotina de qualificação da base de dados, que considera a consistência, a qualidade do preenchimento das variáveis e os registros duplicados. Após essa rotina, o relatório de qualificação é encaminhado aos estados para as devidas correções junto às Secretarias Municipais de Saúde, com posterior retransmissão dos lotes corrigidos à esfera federal. Ao final da qualificação, as bases de dados nacionais, incluindo os micros dados, são disponibilizadas, de forma anonimizada, à população geral para acesso gratuito por meio eletrônico, de acordo com a Portaria SVS/MS n.º 116/2009, e em consonância com a legislação vigente no que diz respeito à proteção de dados pessoais (Brasil, 2016).

A partir dos dados do SINASC, é possível elaborar indicadores de saúde e demográficos que aferem o perfil de nascidos vivos e eventos relacionados no Brasil e que podem ser distribuídos em quatro categorias: demográficos como taxas de fecundidade e natalidade, mortalidade como razão de morte materna e mortalidade infantil, morbidade e fatores de risco, como prevalência ao nascer de anomalias congênitas e cobertura de ações e serviços de saúde, como coberturas vacinais. As análises podem ser desagregadas até o nível municipal. Alguns desses indicadores integram os objetivos de Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas, agenda da qual o Brasil é signatário (Rispa, 2008). É possível monitorar os recém-nascidos de risco, informação útil para melhorar o acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde. Dentre as muitas funcionalidades, no âmbito do Ministério da Saúde, os dados do SINASC² também vêm sendo utilizados para a estruturação de um programa nacional de vigilância das anomalias congênitas no Brasil, a partir dos quais é possível analisar a prevalência de anomalias congênitas detectadas ao nascimento em todo o país, bem como os fatores associados. Também seu uso para o cálculo de previsões e coberturas vacinais, extremamente útil para o Programa Nacional de Imunizações. Algumas agendas específicas da Vigilância em Saúde fazem uso dos dados sobre nascidos vivos, como é o caso da vigilância da sífilis congênita (Brasil, 2023).

Para análise da natalidade, deve se conhecer as variáveis contidas na base de dados e entender a composição dos indicadores de saúde, os seus agrupamentos e a cobertura para cada unidade geográfica a ser considerada. A base de dados do SINASC pode ser analisada com auxílio de diversos aplicativos e programas. Além dos painéis de monitoramento mencionados, destaca-se o TabWin, criado pelo DataSUS e amplamente utilizado pelas equipes das três esferas de gestão do SUS, estudantes e professores. Programas gratuitos como Python R e EpiInfo também podem ser utilizados para as análises. A versão on-line do SINASC também permite a interoperabilidade com o Cartão Nacional de Saúde e com o Sistema Nacional de Informações de Registro Civil (SIRC). A interoperabilidade entre SINASC e SIRC é essencial

² Os dados são disponibilizados, no ano subsequente ao do nascimento, em duas versões: preliminar, ao final do primeiro semestre e final até o dia 30 de dezembro. Nesse contexto, visando à garantia do acesso à informação por todos os cidadãos, as bases de dados do SINASC, a partir de 1994, estão disponibilizadas para tabulação online por meio do Tabnet (<https://bit.ly/3cnvMmW>). Também são disponibilizados arquivos anonimizados contendo os micros dados para serem tratados e analisados, de acordo com o interesse do usuário, em ferramentas específicas (<https://bit.ly/3N17tNY>). Há ainda alguns painéis de monitoramento publicamente disponíveis (<https://bit.ly/3yG6mVA>): da natalidade, disponibilizado para geração de tabelas sobre nascidos vivos; classificação de risco epidemiológico para ocorrência de cesarianas, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, e regularidade da notificação de nascidos vivos ao SINASC. O painel de monitoramento de óbito infantil (<https://bit.ly/3QbTUtz>) e óbito fetal considera os dados de nascidos vivos, obtidos por meio do SINASC (Brasil, 2009).

para os objetivos de redução de sub-registros de nascidos vivos em ambos os sistemas e de possibilidade de fraude. Perspectiva futura é a implantação da DNV eletrônica, que contribuirá para o fortalecimento desses objetivos, além de redução de gastos com a impressão e distribuição de formulários de DNV pelo Ministério da Saúde para as UFs (Brasil, 2021).

Portanto, é imprescindível garantir a manutenção, a melhoria e a qualidade dos dados presentes nesse importante sistema de informação, que tem fornecido subsídios relevantes para o funcionamento do SUS e para o entendimento da situação de saúde da população brasileira.

2.3.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é utilizado em todo o país para o registro das doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (LDNC), conforme estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, entretanto, é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Instituído no início da década de 1990, com objetivo de coleta e processamento dos dados sobre os agravos de notificação em todo o território nacional. Destaca-se entre os principais sistemas nacionais de informação em saúde existentes, fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade. Estabelecido como uma ferramenta fundamental para a vigilância em saúde no Brasil, os dados contidos no sistema possibilitam a formulação e avaliação das políticas, planos e dos programas de saúde relacionados às doenças e aos agravos de notificação compulsória, subsidiando o processo de tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população (Brasil, 2017).

No que tange, as normatizações para a implementação e monitoramento do sistema em todo território nacional, ocorreu por meio da Portaria Funasa/MS n.º 73, de 9 de março de 1998. Desde então, o uso do SINAN foi regulamentado, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos estados, municípios e Distrito Federal. No ano de 2016, instituiu-se a Portaria n.º 47, de 3 de maio, estabelece os parâmetros de monitoramento que devem ser cumpridos por estados e municípios, para receber o repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde (Brasil, 1998, 2016).

Ao longo de sua história, o sistema apresentou diferentes mudanças e atualizações para se adequar aos dinâmicos cenários tecnológicos e às constantes necessidades do sistema de saúde principalmente no âmbito da vigilância. Atualmente, ele está disponível em duas versões

SINAN NET e SINAN On-line, além de uma versão para consulta da série histórica dos casos de gripe Sinan Influenza Web (Brasil, 2022).

A coleta de dados, ocorre através das notificações e investigação de casos de doenças, agravos e eventos de saúde pública que constam na LDNC, por meio de digitação de formulários padronizados para a notificação e investigação preenchidos no município e no Distrito Federal, estes devem ser preenchidos pelo profissional responsável pela atividade na unidade de saúde e digitados na própria unidade ou na SMS. Dentre os formulários, estão a Ficha Individual de Notificação (FIN) a qual é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente, quando da suspeita ou confirmação da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória, ou de interesse nacional, estadual ou municipal, e contém os atributos comuns a todas as doenças e os agravos. Ela deve ser utilizada para registro de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de inquérito de tracoma. As notificações inseridas no SINAN são realizadas por meio de dois formulários específicos a partir do módulo de Notificação Individual: Individual/Investigação: doenças e agravos compulsórios e de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela SVSA. Individual/Conclusão: doenças e agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão. Será considerado caso encerrado aquele que tenha as informações do diagnóstico final e data do encerramento preenchidos. O prazo para o encerramento oportuno dos casos notificados da maioria das doenças ou agravos é de 60 dias a partir da data da notificação (Brasil, 2007, 2019).

Os dados devem ser consolidados, em arquivo de transferência (lote), e enviados por meio eletrônico ou via Sisnet. O Sisnet efetua a transferência dos dados existentes nos sistemas locais para o nível superior (banco de dados consolidado) de forma ágil e simples, e tem como característica principal o uso de transmissão dos dados por meio da Internet. O SINAN Net possui recurso que disponibiliza a opção de gerar o arquivo de transferência, configurado para ser transmitido ou não pelo Sisnet. A periodicidade de envio dos lotes do primeiro nível informatizado para o nível federal é semanal. Quanto a consolidação e análise dos dados, existe a recomendação de que sejam realizados em todas as instâncias, e que ocorra a retroalimentação aos níveis que a precederam, assim como a redistribuição aos locais de residência do paciente fluxo de retorno. O fluxo de retorno é utilizado para enviar a notificação/investigação do local de notificação para o local de residência do caso, uma vez que todos os municípios informatizados devem digitar tanto os casos residentes no próprio município quanto aqueles residentes em outros municípios (Brasil, 2023).

Como instrumentos auxiliares, o Sinan utiliza o site SINAN NET³, desenvolvido para que fossem disponibilizados alguns procedimentos de rotina do Sinan Net, tais como: execução do fluxo de retorno, acesso aos arquivos atualizados de estabelecimentos de saúde e cadastros atualizados de distritos e regionais de saúde para operar adequadamente o sistema. Outro instrumento Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente MS utilizado é o Sistema de Acompanhamento de Produção Sisnet/Sinan (SAPSS)⁴, que tem como característica básica a informação sobre a regularidade do recebimento de lotes do SINAN, utilizando o sistema Sisnet. Vale ressaltar que o acesso a esses instrumentos auxiliares é restrito a usuários cadastrados por meio do Cadastro de Sistemas e Permissões de Usuários (CSPU/WEB) (Brasil, 2023).

O SINAN NET e o SINAN On-line encontram-se implantados em todos os municípios brasileiros. A utilização efetiva dos dados do SINAN permite a avaliação local, municipal, distrital, estadual e nacional da vigilância epidemiológica. Esses dados possibilitam a obtenção dos principais indicadores necessários para o monitoramento das doenças e agravos notificados, gerando instrumentos para a formulação e avaliação das políticas, dos planos e dos programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões e contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população. Particularmente, entre as finalidades de ação das informações obtidas a partir do Sinan, destacam-se: diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; monitoramento da saúde da população; prevenção da ocorrência de eventos; disponibilidade de subsídios para explicações causais; indicação dos riscos aos quais as pessoas estão sujeitas; auxílio no planejamento da saúde; definição das prioridades de intervenção; e avaliação do impacto das intervenções (Brasil, 2007).

No âmbito do Ministério da Saúde, os dados registrados no SINAN são consumidos por diferentes áreas técnicas relacionadas às diversas doenças e agravos notificados, o que resulta na produção de material técnico científico, incluindo boletins epidemiológicos, relatórios técnicos e artigos científicos. Além disso, esses dados também são utilizados em contexto acadêmico e na exploração de hipóteses científicas, resultando na publicação de estudos nacionais e internacionais (Brasil, 2007).

O acesso aos dados abertos e anonimizados do Sinan são disponibilizados na plataforma de dados abertos do DataSUS⁵, por doença e agravo, segundo ano de notificação, consolidados em arquivo no formato DBC. A base de dados é atualizada periodicamente, de acordo com

³ Pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico: (http://portalweb04.saude.gov.br/sinan_net/default.asp)

⁴ Pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico: (<http://aplicacao.saude.gov.br/sapss/login.jsf>)

⁵ Pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico: (<https://datasus.saude.gov.br/transferenciadearquivos/>).

validação das áreas técnicas do MS responsáveis pelas doenças e agravos. Os dados consolidados podem ser acessados⁶ por meio do TABNET, uma ferramenta de tabulação de domínio público desenvolvida pelo DataSUS que permite tabular e organizar os dados de forma rápida e dinâmica. Além do Tabnet, os dados do SINAN estão disponíveis para tratamento no software Tabwin (TAB versão para Windows), também desenvolvido pelo DataSUS com a finalidade de oferecer um instrumento simples e rápido para realizar tabulações com os dados provenientes dos sistemas de informação do SUS. É um programa de domínio público que permite realizar tabulações de grande massa de dados com rapidez e simplicidade (Brasil, 2023).

Os dados do Sinan também alimentam o painel Cidades da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS)⁷, que apresenta a situação epidemiológica de doenças e agravos em saúde estratégicos para o planejamento e a gestão em nível de município, região, unidade da Federação e País. Por sua vez, o Portal Sinan⁸ dispõe de informações resumidas de funcionamento do sistema, portarias, instruções normativas que regulamentam suas atividades, ficha de notificações e de investigações, dicionário de dados, entre outros (Brasil, 2023).

No Portal SINAN, também pode ser encontrado o aplicativo SINAN Relatórios, que foi desenvolvido em 2010 com o objetivo de gerar relatórios com o resultado dos indicadores do Pacto pela Saúde. O aplicativo gera relatórios a partir de bases de dados no formato DBF oriundas do SinanNET e SINAN On-line⁹. Além dos indicadores do Pacto, o aplicativo também gera outros relatórios, como o relatório de regularidade na alimentação do Sinan. Com o intuito de evoluir o sistema, encontra-se em fase de desenvolvimento o projeto de reestruturação do Sinan, nomeado como Projeto e-SUS Sinan, que faz parte do Programa e-SUS Linha da Vida, conduzido pelo Daent/SVSA. O projeto trata da modernização tecnológica dos sistemas de informação em saúde no âmbito da vigilância, que prevê sistemas integrados e modulares, desenvolvidos em novas tecnologias, com premissas de segurança e com infraestrutura de fácil expansão e escalabilidade, com alta capacidade de atualização e disponibilização de novas funcionalidades. Para o eSUS Sinan, o projeto visa à construção de um sistema único e online, responsivo, notificação por indivíduo com identificador único (CPF e/ou CNS), com configuração de resolução *mobile*, *tablet* e *desktop*, de modo que os profissionais de saúde possam registrar em tempo real as notificações individuais e coletivas das doenças e dos agravos

⁶ Os dados encontram-se em: (<https://datasus.saude.gov.br/informacoesdesaudetabnet/>),

⁷ Para acesso: (<http://plataforma.saude.gov.br/cidades>)

⁸ Portal Sinan: (<https://portalsinan.saude.gov.br/>)

⁹ O aplicativo é distribuído gratuitamente e está disponível para download no link: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/sistemasauxiliares/sinanrelatorios>.

de notificação compulsória, estadual e municipal, assim como comunicara ausência de casos notificações negativas, além da integração com outros sistemas de informação e com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) (Brasil, 2023)

2.3.4 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Brasil, 2013).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

É possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território, através dos relatórios de saúde (produção e atividade coletiva), indicadores de saúde, cadastro, cadastros não validados e registro de vacinas registradas no e-SUS APS por estado, município, região de saúde e equipe. Ademais, os relatórios disponíveis estão vinculados ao acompanhamento das metas estabelecidas no programa Previni Brasil, que atualmente foi substituído pelo novo modelo de financiamento da APS, através da promulgação da Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024, sobretudo permanece o acompanhamento e monitoramento das ações desenvolvidas na APS, incluindo o de número de pessoas acompanhadas nos serviços de saúde, em especial as pessoas que participam de programas sociais, crianças e idosos; a melhoria das condições de saúde da população com prioridade no tratamento de doenças crônicas como diabetes e redução de mortes de crianças e mães; e a adesão a programas estratégicos, como o Conecte SUS (informatização) e Saúde na Hora, que amplia o horário de atendimento à população (Brasil, 2024).

Dentre as informações contidas no SISAB estão os relatórios de cadastro, que é o principal subsídio técnico oficial para os gestores acompanharem os cadastros válidos, considerados para o componente de capitação ponderada. Os cadastros vinculados são apresentados por quadrimestre para a equipe de APS que estiver ativa ao menos em uma das quatro competências de um quadrimestre avaliado. Para efeito de contabilização, os cadastros são cumulativos e/ou analisados conforme a modalidade de identificação.

No que se refere, aos relatórios de cadastros individuais invalidados é possível verificar o quantitativo de cadastro invalidados na base de dados, assim como os principais motivos identificados que ocasionaram esta invalidação. Isso significa que os dados deste relatório foram enviados ao SISAB, porém não foram contabilizados no relatório de cadastros de determinada equipe de Saúde.

Os relatórios de indicadores de desempenho estão voltados para as diretrizes do Programa Previne Brasil, conforme a Portaria n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Atualmente alterada para a portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024, o incentivo financeiro Federal do componente de Pagamento por Desempenho da APS transferido aos municípios é realizado a partir da avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP). O relatório de indicadores de desempenho é o principal instrumento de monitoramento das ações estratégicas que compõe esse Indicador Sintético Final (ISF) de cada município. O indicador é aferido e disponibilizado no relatório a cada quatro meses, de modo que o ciclo se repete a cada quadrimestre (Brasil, 2019, 2024). Ainda sobre as suas funcionalidades é possível também acessar os relatórios de saúde, um importante instrumento de acompanhamento da APS nos municípios, pois disponibiliza informações previamente validadas sobre os atendimentos e atividades realizadas mensalmente, assim como relatórios de produção e atividade coletiva, o primeiro permite que o gestor visualize a produção validada do município, o último traz os resultados do quantitativo de atividades desenvolvidas e de participantes das atividades. Nesse sentido, vale ressaltar o relatório de vacinas registradas que tem como objetivo subsidiar os gestores municipais e estaduais no acompanhamento das vacinas registradas no e-SUS APS e enviadas à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

Por fim, vale salientar que as informações individualizadas podem ser acessadas através de acesso restrito ao portal e-Gestor AB, com login e senha fornecida pela gestão municipal. Apresentação dos registros de vacinas de forma consolidada é de acesso público.

2.3.5 Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil, com grande variabilidade entre os Estados, levaram o Ministério da Saúde a organizar ações nacionais voltadas para a prevenção e o controle desses cânceres em todos os níveis de atenção (INCA, 2021).

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, por meio da Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde

(GM/MS) n.º 3.040, e foram iniciadas ações para formulação de diretrizes e estruturação da rede assistencial na detecção precoce do câncer de mama (Brasil, 1998).

A disposição dos serviços para a prevenção e a detecção precoce desses cânceres exige monitoramento e avaliação constantes das ações de saúde realizadas com vistas a reduzir os indicadores de mortalidade por essas neoplasias. Para tanto, entende-se que os sistemas de informação são ferramentas indispensáveis à gestão dos programas de saúde por subsidiarem tomadas de decisão embasadas no perfil epidemiológico e na capacidade instalada de cada localidade. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entendendo a importância de subsidiar os programas nacionais de controle dos cânceres do colo do útero e de mama, por meio de dados pertinentes, desenvolveu, para eles, sistemas de informação (INCA, 2021).

Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) foi implantado nacionalmente em 1999, pela Portaria n.º 408, de 30 de agosto. Em 2006, o sistema sofreu uma mudança substancial para incorporar a atualização da Nomenclatura Brasileira de Laudos Citopatológicos. No ano de 2008, por meio da publicação da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) n.º 779, foi estabelecida a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) (Brasil, 2008).

Em 2011, foi iniciado o processo de elaboração do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), um novo sistema de informações que integra e substitui o Siscolo e o Sismama, trazendo modificações importantes para fortalecer sua utilização no planejamento e na avaliação das ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama no Brasil. Como principais mudanças, destaca-se seu desenvolvimento em plataforma web, a identificação das usuárias pelo cartão SUS, facilitando o seguimento das mulheres, e a possibilidade de utilização pelas unidades de saúde informatizadas que podem fazer a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados seguimento (INCA, 2021).

No sistema, são registrados os exames de rastreamento e investigação diagnóstica dos cânceres do colo do útero e de mama, assim como informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas ao seguimento dos casos positivos e/ou alterados. As principais funções do Siscan são: sistematizar e arquivar as informações referentes aos exames de rastreamento e investigação diagnóstica dos cânceres do colo do útero e de mama; fornecer laudos padronizados; selecionar e arquivar amostras dos exames citopatológicos do colo do útero para monitoramento externo da qualidade (MEQ); facilitar o processo de seguimento de mulheres

com exames alterados, além de fornecer dados para monitoramento e avaliação das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama (INCA, 2012).

O Siscan está integrado ao Sistema de Cadastro e Permissão de Acessos (SCPA)¹⁰, ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (Cadweb) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As integrações facilitam sua utilização e reduzem a necessidade de digitação de informações no sistema. Por outro lado, requerem dos responsáveis pelo sistema, nas secretarias e estabelecimentos de saúde, conhecimento e articulação com outros setores (Brasil, 2020).

O cadastrado de novos usuários é realizado pelo SCPA. Somente após cadastro no SCPA, o usuário deve solicitar acesso ao Siscan. Usuários que já possuem cadastro no SCPA, em razão da utilização de outros sistemas de informação do Ministério da Saúde, não precisam realizar outro cadastro, basta solicitar acesso ao Siscan. A liberação de acessos ao Siscan segue uma hierarquia de acordo com os perfis de acesso, o perfil coordenação estadual master é liberado pelo perfil de coordenação federal. O acesso dos perfis coordenação municipal master e coordenação regional master são liberados pelo perfil de coordenação estadual. Os perfis prestadores de serviço master e unidade de saúde master são liberados pela coordenação municipal ou estadual gestoras desses estabelecimentos. Para cada tipo de perfil, o usuário master libera os acessos de técnico se administrativos e usuários administrativos liberam acessos de técnicos. Logo, perfis técnicos podem ser liberados pelos perfis master ou administrativo (Brasil, 2020).

2.3.6 Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI)

A vacinação é reconhecida como uma prática de intervenção que previne doenças com grande potencial de causar morbidades e mortalidade em massa. Além de proteger os indivíduos vacinados, a prática acaba protegendo indiretamente os não vacinados, sendo capaz de eliminar a circulação de agentes infecciosos no meio ambiente e conseqüentemente, conferir proteção a indivíduos vulneráveis (Corrêa *et al.*, 2021).

Considerando o cenário nacional, a construção de iniciativas públicas, ao longo das gestões político administrativas, busca promover ações de vigilância epidemiológica e controle da vacinação por meio da criação do Programa Nacional de Imunização (PNI) que instituído

¹⁰ O acesso ao Siscan é realizado por meio de login e senha, no endereço (<https://scpaweb-sistema.saude.gov.br/datasus-scpaweb-sistema>).

pela Lei n.º 6.259 de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976 (Lima; Pinto, 2017).

Em 1976 foi publicada a regulamentação que determina a vacinação obrigatória a ser realizada em território brasileiro, por meio da Lei n.º 6.259/75 e do Decreto n.º 78.231/76, afirma que a partir do dado ano de publicação todas as pessoas vivendo em território nacional brasileiro devem ser vacinados segundo as recomendações do Ministério da Saúde contra doenças e patógenos que tem potencial de controle epidemiológico pela vigilância sanitária (Corrêa *et al.*, 2021).

O PNI traz como principal meta a vacinação de pessoas vivendo em território brasileiro em todas as fases da vida. Além disso, conduz por meio de planejamento em saúde, estratégias de prevenção, controle e promoção à saúde que influenciam de modo significativo na redução de hospitalizações, morbidades relacionadas a doenças e conseqüentemente ampliação da expectativa de vida (Corrêa *et al.*, 2021).

Atualmente, o PNI é tido como referência mundial pela adesão de estratégias diferenciadas para garantir alta cobertura, como a vacinação de rotina, campanhas anuais de vacinação, estabelecimento de metas, ampliação da população-alvo integrando a vacinação para crianças, adolescentes, adultos e idosos, e por sua política de parcerias e incentivo a ampliação e modernização tecnológica da produção nacional de imunobiológicos (Corrêa *et al.*, 2021).

Contudo, no ano de 2016 registrou o menor número de imunização no país, 84%, sendo que o recomendado pela OMS é de 95%. O risco dessa queda é a criação de “bolsões de pessoas suscetíveis” a doenças que já foram erradicadas no país. Para mais, as principais causas deste declínio estão relacionadas principalmente com aspectos culturais e sociais, técnicos, movimentos anti vacinas e o próprio enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (Silva *et al.*, 2020).

No entanto, apesar do declínio nas taxas de cobertura vacinal nos últimos anos, as ações do Programa Nacional de Imunização ao longo dos anos tem apresentado significativos avanços, em especial, no que diz respeito à implantação de novas vacinas ou complementando novos grupos populacionais com vacinas já existentes, além da sua complexidade, o PNI gera um grande volume de informações, surge assim, a necessidade de gerir informações ágeis, por meio da informatização, pois a informação sobre vacinação, com difícil acessibilidade e limitações, causa um impacto crucial nas estratégias de imunização, uma vez que ela não pode ser ampla e oportunamente divulgada, bem como seus dados analisados (Galvão, Sousa, Mendes, 2020).

No ano de 2010, é implantado o SIPNI, este sistema substitui todos os sistemas locais de imunização, possibilitando o registro individual de cada vacinado. Para os registros de doses aplicadas de imunobiológicos, tanto nas ações de rotina como nas estratégias de intensificação, bloqueios e campanhas são fundamentados por Normativas e Portarias específicas e são necessários cadastros adequados dos estabelecimentos de saúde, profissionais e usuários. As normas, padrões e fluxos dos sistemas de informação fornecidos pelo Ministério da Saúde devem ser seguidos rigorosamente para que a interoperabilidade ocorra de forma satisfatória em todas as instâncias de gestão, sendo: local, municipal, estadual e federal.

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 2.499, de 23 de setembro de 2019 alterando a forma de registro de dados de aplicação de vacinas, imunoglobulinas e soros. As unidades de saúde pertencentes a Atenção Primária à Saúde, registram as doses aplicadas no sistema de informação e-SUS APS e, as unidades da atenção especializada continuam registrando no SI-PNI. A integração dos sistemas de informação do e-SUS APS com o SI-PNI tem como finalidade proporcionar melhoria nos registros de imunização e o acompanhamento por parte das equipes de saúde do histórico de vacinação dos cidadãos (Brasil, 2019).

Atualmente, são utilizados os seguintes sistemas de informação para registro de doses aplicadas de imunobiológicos: SIPNI, no momento é utilizado apenas para registros de doses aplicadas durante as campanhas de vacinação contra COVID-19, a poliomielite, sarampo, influenza e MPOX; e-SUS APS Módulo vacina. Os dados validados, tanto do e-SUS APS como dos sistemas próprios, são carregados para a base nacional do SI-PNI e são disponibilizados para pesquisa do vacinado, histórico vacinal e os relatórios de doses aplicadas, Cobertura Vacinal, homogeneidade de coberturas e taxa de abandono, o objetivo do sistema é a digitação dos dados da campanha de COVID, e desde 2021 outras campanhas como a Influenza, Pólio, Sarampo. Para acesso ao SI-PNI NOVO, faz-se necessário que os usuários do sistema, no estabelecimento de saúde, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e na Secretaria Estadual de Saúde (SES), estejam devidamente cadastrados no SCPA. (Silva *et al.*, 2020).

A disseminação da informação sobre situação vacinal¹¹, a partir dos registros nos sistemas de informação, é fundamental para o aperfeiçoamento e o controle da qualidade dos dados. Essa prática deve ocorrer de forma sistemática, subsidiando a tomada de decisão e as

¹¹ As informações sobre situação vacinal são disponibilizadas de várias formas, com abrangência em todas as instâncias operacionais e decisórias do SUS. Em relação ao estabelecimento de saúde, são disponibilizados, no SI-PNI nos endereços :<https://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf> e <https://si-pni.saude.gov.br/#/login> e no sistema E-sus, mediante acesso com senha, relatórios com listagem de vacinados e respectivos apertamentos para vacinações futuras do estabelecimento em questão (Brasil, 2022).

atividades de planejamento, o direcionamento de prioridades, e o monitoramento e a avaliação da situação vacinal nos diversos âmbitos de gestão da saúde. A divulgação das informações contribui para o fortalecimento do controle social e possibilita, aos órgãos de controle interno e externo, a localização da situação vacinal em cada unidade federada e nos respectivos municípios. Permite, também, que as instituições de estudos e pesquisas possam desenvolver avaliações para contribuir para a melhoria de ações de imunização da população (Brasil, 2022).

Os registros individuais de vacinação, identificados nominalmente, dos municípios e das unidades federadas, poderão ser acessados, também, por profissionais devidamente credenciados, das respectivas secretarias de saúde, no Portal de Serviços do DataSUS. Os arquivos são disponibilizados no formato *comma-separated values* (CSV), ou consultados utilizando o método *application programming interface* (API). Relatórios anonimizados, com os indicadores de doses aplicadas, coberturas vacinais e homogeneidade de coberturas, podem ser emitidos, por trabalhadores da saúde e pelo público, a partir do aplicativo de tabulação estatística denominado Tabnet, desenvolvido pelo MS e disponibilizado no portal eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Nesses relatórios, os indicadores de vacinação são apresentados de forma agregada (anonimizados) por município, unidade federada, região e país (Brasil, 2022).

A viabilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação vacinal e, também, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações do PNI nos diversos âmbitos de gestão. Os indicadores facilitarão o planejamento, o monitoramento e a avaliação da situação vacinal. A qualidade do indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação: número de doses de vacinas aplicadas e tamanho da população-alvo. Depende, também, da precisão do sistema de informação utilizado: coleta, registro e transmissão dos dados. O grau de excelência do indicador de vacinação deve ser definido por sua capacidade de medir a situação vacinal e reproduzir os mesmos resultados nos diferentes âmbitos de gestão (Brasil, 2022).

Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do SUS. Além de prover matéria-prima essencial para a análise e a avaliação, os indicadores facilitam o monitoramento dos objetivos e das metas do PNI e estimulam o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de vigilância das coberturas vacinais. Diferentes indicadores podem avaliar o desempenho das ações de imunizações. Os indicadores de estrutura sinalizam se o programa dispõe de estrutura adequada para executar as

ações planejadas, como a proporção de vacinadores por salas de vacinas, o percentual de salas de vacinas por população e o número de vacinadores por população. Por sua vez, os indicadores de processos medem a execução das intervenções em relação às atividades programadas, como a homogeneidade das coberturas vacinais, entre os municípios de cada unidade federada, e a taxa de abandono de vacinação. Os indicadores de resultados medem os efeitos das intervenções na população-alvo; esses são os efeitos intermediários, como a cobertura vacinal de cada vacina. Já os indicadores de impacto medem esses efeitos na população geral, sendo compreendidos como efeitos finalísticos, como o indicador de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis (Brasil, 2022).

Para o monitoramento e avaliação da situação vacinal, a vigilância da situação vacinal requer avaliações sistemáticas com recomendações de ações corretivas aos gestores, priorizando os municípios. O monitoramento das CV está previsto nas metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), no sentido de reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e de agravos passíveis de prevenção e controle, convergindo com a diretriz de aprimoramento do controle das doenças endêmicas e parasitárias para melhorar a capacidade de vigilância e respostas às emergências sanitárias (Brasil, 2020b).

Além dos indicadores previstos no PNS, são monitorados também os indicadores de vacinação pactuados no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.708, de 16 de agosto de 2013. O PNS é o instrumento utilizado para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas e dos programas do Ministério da Saúde. Apresenta as orientações de atuação da esfera federal na coordenação do SUS e estabelece as diretrizes, as prioridades, as metas e os indicadores, buscando a ampliação e a qualificação de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e para a promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros (Brasil, 2013).

Além do monitoramento e da avaliação dos indicadores previstos no PNS e PQAVS, o PNI promove a avaliação da situação das coberturas vacinais, nos estados e nos respectivos municípios, em períodos trimestrais, a partir de dados obtidos no SI-PNI. O objetivo dessa avaliação é subsidiar as secretarias de saúde na adoção de ações para regularização oportuna das informações de vacinação. Nesse monitoramento trimestral, é verificado e informado aos municípios que as baixas coberturas vacinais no sistema de informação podem estar relacionadas aos seguintes fatores: não registro ou atraso no registro dos boletins de doses aplicadas; erro de digitação dos boletins de doses aplicadas; não transmissão para a base nacional de imunização dos dados registrados; desatualização dos registros de nascimento no

Sinasc; desatualização do cadastrado da população adscrita ao território das unidades de Atenção Primária à Saúde; e, ainda, processo de movimentação populacional entre municípios. Da mesma forma, coberturas vacinais muito acima das metas também são motivos de investigação, pois podem estar relacionadas ao denominador da população-alvo subestimado; a erros de registros de doses aplicadas (Brasil, 2020b).

Portanto, o sistema de sistema de informação SIPNI é uma das ferramentas imprescindível congregam em uma única base subsistemas que fornece informações diversas para a avaliação do risco quanto a ocorrência de surtos ou epidemias e monitoramento a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita o controle de estoque de imunobiológicos necessários aos administradores que tem a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

2.4 Estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde

A Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) foi criada a partir da reestruturação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2013 e tem como finalidade ampliar, reestruturar e garantir uma interação efetiva dos sistemas de informação que permeiam a saúde no Brasil. Com isso, a estratégia e-SUS AB, atualmente chamada de estratégia e-SUS APS, busca expandir a informatização no SUS, contribuindo para a qualificação dos registros, a integração de informações e a otimização da análise de dados em saúde, mediante a introdução de novas tecnologias (Cielo; Silva; Barreto, 2022).

Neste sentido, o modelo nacional de gestão da informação na APS é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação desse SIS, instituindo-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013 (Brasil, 2013).

Neste contexto, a estratégia e-SUS APS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários (Brasil, 2023).

O sistema e-SUS APS está disponível aos gestores e profissionais das ESFs por meio de um sistema informatizado único, o qual é composto por dois softwares que instrumentalizam a coleta de dados que serão inseridos no SISAB. São eles: o software pra Coleta de Dados Simplificada (e-SUS AB CDS) que permite o cadastro dos usuários no atendimento de forma

individual, o Software do Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB PEC), no qual realiza o cadastro dos indivíduos no território e organiza as agendas dos profissionais da atenção primária à saúde com atendimentos e procedimentos prestados aos usuários, e também o Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como e-SUS Atividade Coletiva foi desenvolvido para utilização em dispositivos do tipo tablet é integrado ao Sistema e-SUS AB com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ampliando a capacidade de troca de informações entre a equipe (Brasil, 2013).

A estratégia e-SUSAB é uma inovação tecnológica, remetendo a um SUS eletrônico que trabalha com coleta de dados de usuários visando simplificar e colaborar com a organização do trabalho dos gestores e profissionais de saúde, no intuito de qualificar a atenção prestada a população. Além de ser um instrumento que comporta ações das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PNAN), de Saúde Bucal (PNSB) e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), também pode ser utilizada por todas as equipes que compõem a AB, Consultório na Rua (CnR) e Atenção Domiciliar (AD), realiza também acompanhamento dos Programa Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

Segundo Taveira e Pereira (2020), destaca que a atuação integrada de informações permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto nas UBSs, como nas visitas domiciliares; permitindo a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Nessa perspectiva, o sistema e-SUS APS apresenta-se como uma importante ferramenta para as equipes de saúde, tanto para o cuidado quanto para a gestão. Contudo, para que seu uso seja potencializado e efetivo, é preciso que os profissionais conheçam seus instrumentos, bem como os processos envolvidos para a alimentação dos dados.

2.5 Painéis de Informações Estadual

Para além dos Sistemas de Informações de base nacional, estão disponíveis no Estado a plataforma de processo de monitoramento e avaliação dos principais indicadores de saúde utilizados pela alta gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). Desenvolvida no ano de 2010 pela área de Tecnologia da Informação da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, teve como objetivo inicial a implementação de um armazém de dados que agregasse dados dos sistemas tradicionais em conjunto com a elaboração de painéis de monitoramento,

que permitissem uma visão mais integrada do todo para subsidiar a alta gestão e áreas técnicas da SES-GO, garantindo, decisões mais assertivas e a elaboração de políticas públicas mais pertinentes e fundamentadas (Nogueira *et al.*, 2022).

No decorrer dos anos, foram gerados diversos indicadores de saúde que estão disponibilizados nos painéis de monitoramento e relatórios de análise de dados. Uma das qualidades da plataforma é a garantia da padronização das informações, facilitando a maneira como as consultas são realizadas, integrando inclusive diferentes sistemas de informação em saúde e bases de dados Nacionais (Nogueira *et al.*, 2022).

As informações na plataforma inovação saúde estão agrupadas por temas, como por exemplo: assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, gestão, indicadores de saúde agrupados, rede de atenção e vigilância em saúde. Na maioria dos painéis disponíveis é possível acessar as informações dos 246 municípios do Estado de Goiás, o acesso não é restrito, salvo aqueles com dados sensíveis do usuário.

Quadro 1- Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de base Estadual.

Sistemas	Descrição
Gêneseis	Apresenta indicadores relacionados aos nascidos vivos, pré-natal, mães adolescentes, baixo peso e outros.
Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	O painel apresenta dados da população, atendimento e cadastro da população privada de liberdade no Estado de Goiás.
Saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais em Goiás	Acompanha indicadores relacionados aos Povos e Comunidades Tradicionais em Goiás, monitorando e acompanhando o acesso às ações e serviços de saúde.
Programa e Estratégia da Atenção Primária	Informações detalhadas dos indicadores de Atenção Primária à Saúde referentes à contrapartida de Goiás ao Sistema Único de Saúde/SUS.
ARBO	O ARBO é um agente inteligente capaz de monitorar a situação epidemiológica de casos de dengue nos municípios goianos em relação à média histórica, de

	modo a notificar as áreas técnicas precocemente quando da detecção de qualquer situação anormal.
Georreferenciamento UBS	Apresenta os turnos de atendimento e horários de atendimento das unidades de saúde que compõe a Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.
Calculadora de Estratificação de Risco	Realiza Estratificação de Riscos e analisa diversas variáveis para criar grupos de risco relacionados à Sobrepeso/Obesidade, Diabetes, Hipertensão, Risco Cardiovascular e Avaliação de Autocuidado.
CAREN	Inteligência Artificial para priorização do cuidado ao recém-nascido, seu principal objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, favorecendo a redução da Taxa de Mortalidade Infantil em Goiás.
Observatório Materno Infantil	Contém indicadores sobre a saúde materno infantil.
Saúde da População em Situação de Rua	Objetiva atualizar e acompanhar os dados relacionados aos principais problemas de saúde dessa população.
Observatório de Arbovirose	Ferramenta direcionada ao monitoramento das informações relacionadas no Estado de Goiás. Estes dados podem subsidiar tomadas de decisão com maior precisão e celeridade.
Thanatos- Painel de Mortalidade	Os indicadores de mortalidade, oferece uma visão quantitativa da mortalidade em uma população.
Guia de Qualificação dos Indicadores	É um instrumento de orientação técnica que indica os conceitos e critérios específicos adotados para a compreensão e obtenção dos valores de cada indicador. (Fonte: RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde).
Rede de atenção	Fornece orientações sobre o georreferenciamento dos serviços de saúde que compõe as Rede de Atenção, arranjos organizativos de ações e serviços de saúde,

	de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.
Imuniza Goiás	É uma plataforma para acompanhamento de aplicação de doses do Programa Nacional de Imunização que exhibe dados individuais sobre cidadãos com doses atrasadas e previstas, permitindo a realização de ações de busca ativa.
Saúde 360°	A plataforma centraliza os principais indicadores para tomada de decisão e diagnóstico da situação de saúde.
Diversidade Sexual e de Gênero em Saúde LGBTQIAPN+	Informações de Diversidade Sexual e de Gênero em Saúde - Pop LGBTQIAPN+ apresenta uma visão geral dos principais dados sócio-demográficos e de assistência em saúde intrínsecos a identidade de gênero e orientação sexual.
Painel Tendência	A gestão de saúde com visão de futuro: identifica mudança e padrões emergentes, fornece <i>insights</i> valiosos para gestores tomarem decisões assertivas e proativas, antecipando demandas, ajustando serviços, otimizando recursos e direcionando políticas públicas de forma assertiva e eficaz.
FLINK	É uma ferramenta que integra informações epidemiológicas, de gestão, demográficas e de recursos de saúde em níveis municipal, regional e macrorregional do estado de Goiás.
SIMAZ – Quadras Visitadas	Ferramenta de controle dos imóveis visitados para controle da Dengue do Estado de Goiás.
Expectativa de Vida	Baseada em tábuas de mortalidade calculadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é um indicador fundamental de gestão que nos permite entender a longevidade da população.

Painel Tuberculose	O Painel Tuberculose Pulmonar permite o acompanhamento, com georreferenciamento, de casos de tuberculose pulmonar no Estado de Goiás.
Scorpion	Mostra dados toxicológicos (acidentes e intoxicações) por local, circunstância, incidência e desfecho e ainda fornece os locais que realizam soroterapia antiveneno no Estado de Goiás.
Painel de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	Ferramenta para o acompanhamento, análise e monitoramento da saúde dos trabalhadores no Estado de Goiás. Tem como principal objetivo disponibilizar informações epidemiológicas com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis	O painel de ISTs (HIV/AIDS, Hepatites B, C e Sífilis) é um instrumento de gestão utilizado para o acompanhamento, análise e monitoramento das doenças sexualmente transmissíveis em todo Estado de Goiás.
Oncologia	Fornece informações epidemiológicas de mortalidade por neoplasias na população de Goiás
Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Goiás (SIVIS)	Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Goiás, monitora o desempenho no processo de lançamento dos dados de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória imediata nos estabelecimentos de saúde da rede estadual (REVEH).
Microcefalia	Traz informações do Boletim Epidemiológico e/ou alteração do Sistema Nervoso Central (SNC) tais como número de casos, distribuição municipal, idade gestacional, gênero e número de óbitos.
SERKET	Facilita a localização dos pontos de referência de soroterapia antiveneno no Estado de Goiás.

Qualidade da Água (Poseidon)	Acompanha a qualidade e o controle de qualidade da água consumida em Goiás, num trabalho conjunto da Secretaria de Estado da Saúde e a Empresa de Saneamento de Goiás/SANEAGO.
COVID	Apresenta diversos indicadores relacionados ao combate à doença. Abrange dados de nº de casos, de internações, de óbitos, de vacinação.
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	Permite o acompanhamento da quantidade, classificação e taxa de incidência desse conjunto de sintomas respiratórios graves na população do estado de Goiás.

Fonte 1 - Autoria própria

2.6 Planejamento em Saúde

Planejar é uma forma de intervir sobre a realidade de maneira contínua. É um processo que expressa um modelo de gestão, incorpora instrumentos e metodologias que influenciam a tomada de decisão nos processos de trabalho e orienta a programação de ações. Como atividade cotidiana de cada pessoa, de grupos e de instituições, o planejamento tem como propósito cumprir objetivos predefinidos (Ferreira *et al.*, 2017).

Na década de 1960, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) assessorou países da América Latina com o objetivo de desenvolver um método para aplicar ao planejamento da área da saúde que associasse elementos econômicos e sociais. Nesse contexto, foi proposta a metodologia de planejamento em saúde criada pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela (Método Cendes). Os métodos e as técnicas que estão no escopo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) possibilitam a solução de problemas e a melhoria de processos organizacionais. No campo da saúde, sua aplicação objetiva definir ações voltadas às necessidades de saúde da população, de modo a obter melhores resultados sanitários (Ferreira *et al.*, 2017).

A partir da década de 1980, com o processo de descentralização, os municípios brasileiros assumem a provisão de ações e de serviços de saúde. Considerando diferenças e desigualdades regionais dos territórios e das áreas de abrangências das unidades de saúde, a gestão municipal tem criado e adotado estratégias e instrumentos de parcerias (consórcios e pactos locais, intermunicipais e inter-regionais) na perspectiva de ampliar a efetividade das

políticas, dos programas e das ações de saúde. No território, o planejamento vincula-se ao conjunto de instrumentos instituídos para o governo e para a política setorial. Os entes da federação (União, Estados e Municípios) possuem definidas suas competências, responsabilidades e seus níveis de decisão, que também determinam sua atuação e os recursos que controlam (elementos que delimitam e articulam a gestão dos sistemas de saúde). Para que a ação pública alcance eficiência, são necessários mecanismos de governança para gerenciar as relações político-administrativas. O SUS adota o planejamento ascendente com maior participação e compartilhamento nos processos decisórios e protagonismo do nível local de gestão.

O objetivo do planejamento é melhorar a capacidade das organizações e instituições de saúde se ajustarem às alterações do seu ambiente geral e especial em especial à evolução vertiginosa dos medicamentos e seus custos e às mudanças comportamentais dos cidadãos. Aliás, as mudanças são tantas em todos os sectores relacionados direta ou indiretamente com a saúde que podemos afirmar que a única constante parecer ser a mudança (Ferreira *et al.*, 2017).

O planejamento em saúde pública é fundamental para direcionar adequadamente as decisões de gestão e assegurar a utilização eficiente dos recursos disponíveis. Diante de um cenário com recursos limitados e demandas crescentes, é preciso otimizar a alocação e gestão desses recursos para gerar valor público e obter o melhor impacto possível na saúde da população (Faccin, 2024).

O sistema público de saúde brasileiro opera por meio de um modelo descentralizado, no qual uma significativa parcela dos serviços de saúde encontra-se sob responsabilidade direta dos municípios (Brasil, 1990). Esta configuração exige dos municípios competências e recursos para a coordenação e integração de suas ações, desafiando-os a gerenciar a complexidade da assistência à saúde de maneira efetiva. A base normativa do planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é bem estabelecida por meio de leis e portarias. O Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior constituem instrumentos de gestão de caráter obrigatório para os municípios e contêm estratégias, ações, indicadores e metas que orientam a organização do sistema de saúde em âmbito municipal (Barros; Almeida, 2017).

O uso estratégico de dados surge como uma oportunidade promissora para orientar e qualificar a gestão em saúde, alinhado a um dos princípios estruturantes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que busca o fomento à gestão e à produção dos dados e informação em saúde, como elementos capazes de gerar conhecimento, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de políticas públicas (Brasil, 2021).

O pressuposto da participação de diferentes atores sociais é o que possibilita ao PES definir estratégias e ações correspondentes às distintas situações, demandas, necessidades, na perspectiva da solução dos problemas descritos e priorizados e da complementariedade das intervenções. Como o planejamento não é do planejador (o técnico que orienta metodologicamente), mas sim do sujeito que planeja (atores sociais), o processo de planejamento permite estabelecer, no território, a prática de compromisso e a de responsabilização que envolve equipes de saúde e população. Para planejar com base no território, é necessário organizar e utilizar um conjunto de instrumentos e sistematizar dados e informações, considerando cada um dos momentos do PES: 1) Momento explicativo, que consiste na seleção e análise dos problemas relevantes sobre os quais se pretende intervir; 2) Momento normativo é o desenho do plano de intervenção. Definição da situação-objetivo ou situação futura pretendida e as operações/ações concretas que visam resultados, tomando como referência as causas (nós críticos); 3) Momento estratégico, é o momento de análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, e 4) Momento tático-operacional, que traduz a implementação do plano, monitoramento e avaliação (Ferreira, *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, o planejamento estratégico, consiste em um instrumento fundamental para organizar e melhorar o desempenho das políticas em saúde, buscando sempre adotar ações que promovam a proteção, promoção, recuperação e/ou reabilitação em saúde.

Os sistemas de informação em saúde têm como objetivo identificar problemas individuais e coletivos, quanto a situação demográfica e epidemiológica de uma população, gerando subsídios para a análise desta situação e permitindo a implementação de estratégias diversas no combate destes problemas. Esses sistemas enquanto ferramentas de apoio a decisão são essências para a construção do conhecimento sobre o processo saúde doença, além de serem meios para a avaliação dos serviços. Portanto, os sistemas de informação em saúde geram recursos, ações e resultados para a Gestão e sobretudo, devem estar oportunamente disponíveis, ou seja, facilmente acessíveis ou recuperáveis, para possibilitar uma resposta adequada, em tempo ideal, que permita subsidiar uma tomada de decisão.

Assim, as informações obtidas a partir dos SIS são fundamentais para identificar e definir as prioridades de intervenções que contribuirão para melhorar e/ou mudar as condições atuais de saúde da população que depende do serviço público de saúde.

Diante do exposto, torna-se relevante este estudo uma vez que a sua proposta parte do pressuposto que o uso da informação em saúde é uma ferramenta que contribui de maneira positiva e direta para as práticas de trabalho e processos decisórios dos profissionais que atuam

na Atenção Primária a Saúde, potencializando a qualidade dos serviços públicos que são ofertados à população. Portanto, o presente trabalho testará as seguintes hipóteses: 1) os profissionais e gestores não utilizam a informação em saúde para o planejamento das ações e tomada de decisão; 2) os profissionais e gestores utilizam de forma incipiente as informações em saúde para o planejamento das ações e tomada de decisão.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. A pesquisa de cunho qualitativo nos conceitos de Minayo (2010), responde a questões muito particulares, se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificada. É um conjunto de fenômenos humanos, entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue, não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro, e a partir, da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (Minayo, 2010).

3.2 Campo da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Piranhas, localizado no Estado de Goiás, situado na Região Centro-Oeste do Brasil. A sua área territorial se estende por 2047,8 km². No último censo apresentou uma população estimada para 2021 de 10.161 habitantes. A população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica é de 11.441. Com uma densidade demográfica de 5,5 hab/ km. Piranhas-GO foi instalado como Município no ano de 1953 e sua economia gira em torno da agropecuária e indústria. No ano de 2017 sua receita total foi de R\$36.354,69 (×1000) as despesas totais empenhadas R\$32.884,72 (×1000). Para o ano de 2019 seu Produto Interno Bruto per capita foi de R\$39.230,32 (IBGE, 2021).

O sistema de saúde do Município oferece assistência à saúde ao nível primário e secundário, a Atenção Primária à Saúde é representada pela Estratégia Saúde da Família, que se organiza em 4 unidades com cobertura populacional de 100%, as equipes são formadas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeira, odontólogo, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, auxiliar de saúde bucal, recepcionista, e auxiliar de serviços gerais. Ainda no nível primário da atenção, o Município possui unidades de vigilância epidemiológica e sanitária.

No âmbito da atenção secundária, a assistência é ofertada pelo Hospital Municipal Cristo Redentor, que atende pacientes com patologias agudas e os casos graves ou complexos são referenciados para pronto-socorro de Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais de Referência na Rede de Urgência e Emergência das cidades de Iporá e Goiânia. As

Quanto aos critérios de exclusão foram excluídos os profissionais que estiveram em gozo de férias, licença prêmio e outras ausências e profissionais admitidos no Município há menos de dois meses sem experiência prévia de atuação na APS.

3.2.2 Procedimentos de Coleta Análise dos Dados

Foi realizado grupo focal (GF) com os profissionais da APS e entrevistas. Para tanto, foram enviadas cartas convite aos profissionais das equipes e gestores municipais. A participação no GF e nas entrevistas ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A pesquisadora colocou-se à disposição para os esclarecimentos necessários e foi respeitada a livre participação, com liberdade para desistência, em qualquer fase da pesquisa, garantindo ao participante total sigilo e anonimato das respostas.

O GF com trabalhadores aconteceu na modalidade on-line e foi moderado pela professora orientadora desse estudo Wania Carvalho. Tal decisão deve-se ao fato de a pesquisadora fazer parte de uma das equipes do Município e isso dificultar a livre participação dos profissionais. A pesquisadora participou do GF como observadora. A sessão aconteceu no horário de trabalho previamente combinado com todos os envolvidos. O tempo de duração foi de uma hora e meia. Participaram quinze profissionais convidados por categoria, pré-selecionados por sorteio e o critério utilizado para a seleção foi a representação de dois profissionais de cada categoria profissional. O GF foi conduzido a partir de um roteiro pré-estabelecido. O objetivo foi reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, a fim de gerar compreensão de percepções, crenças e atitudes sobre o tema (Trad, 2009).

A técnica consiste na estimulação pelo moderador de uma discussão entre um grupo de pessoas e permite ao pesquisador ouvir vários sujeitos, observando a interação entre eles. Neste caso, o objetivo foi identificar o conhecimento dos profissionais a respeito do tema explorado e a compreensão acerca da relação entre dados, informação e planejamento. Os dados extraídos do GF foram transcritos e acrescidos por anotações e reflexões do moderador (Conejero; Azevedo, 2016). Na segunda etapa, foi realizada uma entrevista com os profissionais de saúde da ESF. Foi elaborado um roteiro de entrevista cujo objetivo foi aprofundar as informações obtidas no GF e responder os objetivos da pesquisa. Buscou-se padronizar as condições de pesquisa com o cuidado para que as entrevistas fossem igualmente agendadas diretamente com os profissionais, realizadas no local de trabalho após os atendimentos e pela própria pesquisadora. A padronização tem o objetivo de garantir o exercício de melhor controle sobre as “variáveis” capazes de alterar o teor dos discursos (Poupart, 2008). Não houve recusa dos

profissionais convidados e as entrevistas tiveram duração de, aproximadamente, 40 minutos. Foram realizadas cinco entrevistas com um médico, um enfermeiro, um agente comunitário de saúde, um odontólogo e gestor da secretária municipal de saúde. As entrevistas e o GF foram gravados em áudio e transcritos na íntegra pela pesquisadora. Os discursos produzidos foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo (Bardin, 2009), conforme sistematizado por Franco (Franco, 2005). Para tal, seguiram-se as fases definidas como: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação) (Bardin, 2015).

A pré-análise é a primeira fase da Análise de Conteúdo, é o momento da organização do material sobre o qual o pesquisador irá sistematizar as ideias preliminares, é um momento de “intuições” (Bardin, 2016, p. 125). Esse contato inicial tem por intenção permitir ao pesquisador diferenciar a relevância, a pertinência dos materiais a serem utilizados daqueles que pouco agregam à pesquisa. Essa etapa tem por objetivo “tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais” como destaca Bardin (2016, p. 125). É por essa razão que, nesse momento, o pesquisador precisa fazer uma leitura flutuante do material disponível, selecionando o que apresenta maiores contribuições. A fase de exploração do material inicia-se com a codificação que se refere ao processo de transformação dos dados brutos, em unidades de análise significativas para a pesquisa. Essas unidades de análise podem ser palavras, frases ou segmentos de texto que contenham informação relevante para o estudo em questão. Para Bardin (2016, p. 147) é “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. O processo de codificação pode ser feito de forma aberta, quando o pesquisador não tem categorias predefinidas e descobre novos temas ou padrões nos dados ou de forma fechada, quando o pesquisador utiliza categorias preestabelecidas para verificar a presença ou frequência de determinados conceitos (Bardin, 2016).

Algumas perguntas no roteiro do GP e das entrevistas apresentaram categorias predefinidas e foram verificadas as frequências das mesmas, mas no decorrer da análise outras categorias foram surgindo. A partir da codificação é feita a categorização e o tratamento dos resultados e a interpretação, a partir da inferência que, para Bardin (2016, p. 165), precisa “apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor”. O processo interpretativo pode ser compreendido como o momento em que o pesquisador dá sentido e significado às manifestações encontradas e estabelece o diálogo com o arcabouço teórico.

A organicidade presente no processo da Análise de Conteúdo corrobora para torná-la um método de análise de dados que busca extrair elementos que se encontram impregnados nas expressões verbais ou não. As fases e desdobramentos provocados em cada uma das etapas conseguem absorver informações, organizá-las, aproximá-las e apresentar os elementos para a etapa seguinte, conferindo ao processo de análise um percurso estruturado e delineado sistematicamente, para que o pesquisador possa se guiar durante o processo, desde a organização do material até as inferências, análises e considerações sobre os achados da pesquisa. Na análise das falas dos gestores e profissionais emergiram cinco unidades temáticas: 1) conceito de Informação em Saúde e a diferença entre dados e informação; 2) importância dos dados e da informação em saúde; 3) aplicabilidade do planejamento no processo de trabalho; 4) sistemas de informação que os profissionais conhecem e 5) conhecimento do plano municipal de saúde. Desta forma, foi realizada a Análise de Temática de Conteúdo, cujos resultados brutos e comentários são apresentados no Capítulo II.

3.2.3 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), seguindo as diretrizes estabelecidas nas Resoluções n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, e n.º 510 de 7 de abril de 2016, e aprovado pelo Parecer n.º 6.264.630 no dia 28 de agosto de 2023.

O consentimento dos participantes foi obtido por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Este termo forneceu informações sobre a abordagem metodológica, os objetivos da pesquisa, bem como os possíveis riscos e benefícios associados à participação no estudo.

CAPÍTULO II

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Características do Grupo Focal	
Número de participantes	15
Categorias profissionais	Enfermeiros, odontólogos, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem da ESF, gestores da atenção primária.
Distribuição de gênero	87% sexo feminino e 13% sexo masculino
Escolaridade	53% ensino superior e 47% ensino técnico
Tempo de serviço público	73% trabalham há mais de 10 anos e 27% há menos de 10 anos
Vínculo empregatício	67% concursados e 33% contratos temporários
Carga horária	40 horas semanais

Resultados da análise de conteúdo do Grupo Focal

Categoria central: o que é informação em saúde

Exemplo de verbalizações	Tema
“...são os dados que temos disponíveis para tomar decisões... para isso a gente usa as informações disponíveis.”(P1)	Informação em saúde com base para a tomada de decisão
“...tenho acesso e posso ver direto da ficha do paciente os demais atendimentos que foram realizados pelos demais profissionais...” (P2)	Informação no cotidiano da saúde

<p><i>“...informação leva a muitas coisas como planejamento ... quando a gente tem dados de informação de várias situações leva a gente a fazer planejamento ...”(P3)</i></p>	
---	--

Categoria Central: Diferença entre dados e informações

Exemplo de Verbalizações	Tema
<p><i>“ .. informação são coisas mais uteis e dados são coisas, as vezes não vão ser importante para gente..”(P1)</i></p> <p><i>“à informação ela e mais detalhada...”(P2)</i></p> <p><i>“... andam juntas, porque e através dos dados que você vai saber se informar...”(P4)</i></p> <p><i>“... é diferente é que é etapas, primeiro colhe os dados... e a partir daí que trazem as informações.”(P5)</i></p>	<p>Dados e informações</p>

No que se refere à compreensão do conceito de informação em saúde, houve pouca participação dos profissionais que, ao serem questionados não conseguiram encadear uma resposta. Todavia, aparecem respostas fragmentadas sobre os conceitos, o que pode significar que os profissionais não tem clareza sobre o tema.

Segundo Guimarães (2022), os pesquisadores da área de informação em saúde têm buscado ampliar o conceito de informação. Para além de um conjunto de dados sobre doenças, o que se defende é que informação em saúde, como campo teórico e operacional, diz respeito ao monitoramento das condições de vida da população, nos moldes do que estabeleceu o SUS. Trata-se de uma ferramenta de gestão e de controle social. Moreno *et al.* (2022), defende que a informação em saúde pode ser pensada com um compósito de transmissão e/ ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde.

Sobre a temática, a diferença entre dados e informação não fizeram distinção, disseram serem termos semelhantes e complementares. Para Ferreira (2021), os conceitos são distintos, mas um depende do outro para acontecer. Dados são partículas de registros, como números, métricas de uma atividade, um material bruto, um registro não processado. A informação surge após o processamento de dados, organizado e consolidado de forma que seja possível extrair significado e compreensão dentro de um determinado contexto e uma constatação sólida e

comprovada sobre um fato, hipótese ou padrão de comportamento. As informações são ferramentas que podem ser dispostas em relatórios gerenciais que podem ser utilizadas pelos profissionais e gestores para a tomada de decisões, mais assertivas.

Categoria central: Importância do dado e da informação

Exemplo de Verbalizações	Tema
<p><i>“...a gente colhe os dados e partir desses dados a gente vai gerar as informações”</i></p> <p><i>“...a gente tem os dados, quantos casos de dengue a gente tem no município e a gente analisando os dados a gente pode ter a informação onde foi mais prevalente os casos de dengue , então ali a gente pode atuar melhor..”</i></p> <p><i>“... tomar ações mais orientadas e resolutivas. “</i></p>	<p>Importância do dado e da informação</p>
<p><i>“... a gente organizar as ideias e ações para a gente poder ser mais resolutivo”</i></p> <p><i>“...tem que planejar para ter uma ação, para ter uma resolução porque não adianta a gente fazer de forma aleatória”</i></p> <p><i>“...sem planejamento, talvez a gente gaste recurso em uma área que não esteja precisando e deixa de fazer onde precisava mesmo.”</i></p> <p><i>“é o que a gente sempre faz ... planeja o trabalho, a gente conversa com a enfermeira, ela passa todas as informações para o trabalho... “</i></p> <p><i>“... nossa coordenadora senta mensalmente com nós onde ela vem passar as ideias que são discutidas, planejadas e principalmente executadas, tanto na unidade quanto na área externa nas visitas domiciliares.”</i></p> <p><i>“A gente discuti (os casos) mas eu acho que assim que talvez de uma maneira informal, a gente não tem assim por exemplo: olha o ano passado no tivemos 53</i></p>	<p>Planejamento</p>

diagnósticos de câncer de próstata, eu acho que não é assim. A gente sabe assim que teve muitos casos de câncer de próstata, mas a gente não utiliza bem nesse caso os dados concretos.”

“Eu acho que é mais uma coisa intuitiva...”

“Não é que a gente pegou os dados concretos e planejou.”

“... realmente não faz de essa forma discutir dados para a gente trabalhar em cima deles de público alvo.”

“a gente não trabalha dessa forma...”

” a gente não tem atentado para essa importância de trabalhar em cima dos dados obtidos...”

“ a gente planeja as nossas visitas, nossas ações na nossa microárea de visita, porém não tem aquele planejamento entre as quatro unidades de fazer todo o levantamento do que mais acontece do que a gente mais necessita para gente fazer as ações diante daquilo que realmente está precisando.”

“...realmente falta essa visão de unir para fazer esse levantamento pegar esses dados e planejar.”

“...muitas vezes você quer fazer algo algum tipo de ação, porém encontra barreiras no sentido de recursos mesmo apoio às vezes”

“... é necessária realmente a gente pensar e começar a planejar diante dos dados que a gente tem que na realidade nos temos esses dados só falta analisar e assumir em

Pensamento fragmentado e informal

Barreiras para o uso das informações para a tomada de decisões

<p><i>porcentagem para poder fazer as ações diante disso.”</i></p> <p><i>“ Como a gente mora em uma cidade pequena a gente meio que sabe das demandas, mas a gente não utiliza os dados e aí tá a nossa falha porque talvez se a gente utilizasse dados, e transformasse em informações a gente poderia tá melhor em algumas ações executando melhor o serviço em si. Atuando melhor. “</i></p> <p><i>“a gente pode fazer a reunião, mas quando fala vamos para o caso a pratica a gente não consegue...”</i></p> <p><i>“Eu acho que o que dificulta (para planejar) também é a nossa rotina as vezes você pode até planejar... essa semana eu vou atender algum caso específico, mas aí chega aquela demanda, você não consegue mais fazer o que estava planejando, isso acontece semana após semana.”</i></p> <p><i>“...com o tempo e com os anos a gente vai desistindo de planejar.”</i></p> <p><i>“ As nossas reuniões são mais informativas das demandas do que indicadores de dados...”</i></p> <p><i>“...teve uma época que teve muito caso de sífilis em gestante e também tuberculose, nós sabíamos, tínhamos os dados, mas não conseguia planejar como ia funcionar.”</i></p> <p><i>“...muitas vezes a gente deixa de fazer o planejamento muitos por falta de interesse.”</i></p> <p><i>“Às vezes deixamos de fazer as coisas por falta de material, até um pequeno folheto para fazer uma divulgação. Então partir daí fica complicado fazer planejamento.”</i></p>	<p><i>Conhecimento sobre o potencial dos dados, mas sem implementação efetiva</i></p> <p><i>Realizações de reuniões de equipe</i></p>
--	---

“Muitas vezes eu discuto sim, nas reuniões com os meninos...”

“...às vezes temos conversas isoladas, às vezes sai uma portaria nova, às vezes a gente tá com uma demanda de uma gestante, olha o atendimento de gestante tá baixo relacionado à parte odontológica então vamos fazer busca ativa dessas gestantes.”

“a gente não faz em reuniões, mas as vezes faz de forma isolada com cada profissional que necessita.”

“... (a reunião) é mais informativa do que de planejamento, mas a gente discute também indicadores. A gente por exemplo olha a proporção de hipertensos que foram atendidos, isso a gente olha, talvez a gente não olha, talvez a gente não consiga planejar ações, ali assim tão resolutiva como a gente queria, mas a gente sempre tá de olho nos indicadores.”

“...temos um aplicativo de um programa pin pec que a gente consegue ver a porcentagem a gente consegue ver bem os indicadores a gente consegue trabalhar bem.”

“...as vezes olhando lá nesse programa pin pec a gente consegue saber que o paciente tem muito tempo que não vem monitorar a pressão, aí a enfermeira analisa manda para os agentes de saúde e fala: olha vai atrás desse paciente para ele vim para gente vê como está a pressão dele...”

“ nessa parte dos indicadores da atenção básica a gente não falha tanto...”

Discussão de indicadores de saúde

<p><i>“...talvez em outros tipos de planejamento que talvez a gente não faça...”</i></p> <p><i>...eu estava falando sobre os indicadores do previne no caso que a gente monitora pelo pin PEC...”</i></p> <p><i>“ Nos mesmos nos cobramos porque a gente recebe gratificação por ele. Então a gente mesmo que cobra.”</i></p> <p><i>“ Isso não acontece, a gente não faz reuniões para discutir esses dados, a gente tem acesso a eles , porém falta essa comunicação.”</i></p>	
---	--

Categoria Central: Dificuldade para realizar o planejamento

Exemplo de Verbalizações	Tema
<p><i>“... a primeira medida a ser tomada seria o tempo, a gente ter tempo para gente realmente reunir a equipe e discutir.”</i></p> <p><i>“Primeiro passo é isso reservar um tempo um horário protegido pra gente reunir, discutir e planejar primeiro e depois a gente ter autonomia para gente praticar o que resolveu na reunião. Então tempo e autonomia na minha visão.”</i></p> <p><i>“... concordo, eu acredito que os diálogos as reuniões teria que ser o primeiro passo não que só a unidade individual, mas as quatro unidades juntas (...) precisa fazer o levantamento do município todo de todo território como que a gente vai fazer as ações individuais...”</i></p> <p><i>“... teria que fazer reuniões com as equipes, reunir e fazer esse debate, fazer levantamento do Município também tem deficiência de remapeamento, existe área descoberta rurais e dentro da própria sociedade urbana e teria que ser feito isso para termos dados precisos porque até hoje não tem esses dados precisos de</i></p>	<p>Tempo e autonomia para planejar</p>

cadastramento de toda a população do município...”

“... para certas ações todos tem autonomia, certas coisas que a gente não depende da secretaria, da coordenadora depende sim de a equipe para as coisas acontecerem, muitas vezes a gente desmotiva para fazer certas coisas porque muitas coisas a gente daria conta de fazer, pensando em nosso território na nossa unidade aqui e realizar ações... “

“... muitas vezes o enfermeiro se vê desmotivado a hora que vai conversar com a equipe e leva um balde de água fria porque assim isso não vai dar certo eu não quero fazer assim eu não vou ajudar então muitas vezes eu acho que depende muito da equipe para as coisas acontecer... autonomia a gente tem sim, mas falta essa união da equipe para as coisas acontecerem.”

“a gente tem que reformular muitas coisas é ficou nítido aqui só com essa reunião que a gente conseguiu identificar no nosso município várias lacunas, várias dificuldades, então falta é justamente isso identificar onde está o problema e tentar promover coisas pra solucionar isso, mas é assim claro que a gente é normal do ser humano culpabilizar, sempre a gente culpa alguém ...”

“... eu acho que o acesso à informação como ferramenta para a tomada de decisão é importantíssima, ficou claro, eu acho que foi muito boa essa discussão.”

“Eu acho que o tempo pra gente é uma barreira, mas não podemos usar isso como justificativa ou desculpa para não ter iniciativa, porque quando a equipe todo mundo quer eu acho que todos as equipes consegue.”

<p><i>“não concordei (...) que a gente tem total autonomia que a gente não tem, mas a questão de tempo é realmente a gente tem que achar o tempo, mas a questão é difícil ... continuo achando que a gente tem dificuldade de tempo e autonomia.”</i></p> <p><i>“aqui não existe planejamento na assistência é demanda livre.... fazer aquela continuidade com o paciente por quanta de vários problemas técnicos em relação ao hospital.”</i></p> <p><i>“Então aqui funciona com um conjunto atenção básica e pronto socorro.”</i></p> <p><i>“aqui tem essa discrepância se vamos atender como atenção básica ou vamos atender com pronto socorro isso é o que mais dificulta aqui em Piranhas.”</i></p>	
---	--

Com relação à importância do dado e informação, foi possível identificar que os profissionais entendem que é a base para o planejamento e tomada de decisões, conforme demonstrado nas falas a seguir: *“... tomar ações mais orientadas e resolutivas.”*; *“...tem que planejar para ter uma ação, para ter uma resolução porque não adianta a gente fazer de forma aleatória”* ; *“...a gente tem os dados, quantos casos de dengue a gente tem no município e a gente analisando os dados a gente pode ter a informação onde foi mais prevalente os casos de dengue, então ali a gente pode atuar melhor...”*.

Nota-se que o entendimento é compatível com os conceitos encontrados na literatura a respeito da importância dos dados e informações para ações de planejamento e tomada de decisão. Trata-se de uma ferramenta essencial, que pode ser compreendida na tríade informação-decisão-ação. É parte integrante na construção da gestão do setor público, pois facilita a construção e estabelecimento de prioridades a partir da análise de cada região de saúde (Brasil, 2015). Nesta mesma direção, Pereira (2020) descreve, que a informação em saúde permite auxiliar na criação de políticas a partir das realidades locais, complementando as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), via SUS. A análise das informações permite definir métodos de gestão com a finalidade de redução dos agravos em saúde. No entanto, a ideia de planejamento para os profissionais é ampla (não sistematizada). Alguns profissionais apontam que o planejamento acontece nas reuniões de equipe mensal, portanto, conforme o que foi verbalizado entende-se que elas são direcionadas ao processo de trabalho administrativo e

resoluções de demandas não programadas. Evidencia-se a inexistência de planejamento das ações nos serviços de saúde, embora os profissionais reconheçam a importância do planejamento das ações nos serviços de saúde.

Conforme os relatos:

“A gente discute (os casos), mas eu acho que assim que talvez de uma maneira informal, a gente não tem assim, por exemplo: olha o ano passado no tivemos 53 diagnósticos de câncer de próstata, eu acho que não é assim. A gente sabe assim que teve muitos casos de câncer de próstata, mas a gente não utiliza bem nesse caso os dados concretos.”

“é o que a gente sempre faz ... planeja o trabalho, a gente conversa com a enfermeira, ela passa todas as informações para o trabalho...”

“A reunião é mais informativa do que de planejamento”.

Nesse sentido, a pesquisa de Teles *et al.* (2020) sobre o planejamento como ferramenta de gestão local na atenção primária que teve como objetivo analisar saberes e práticas do planejamento estratégico, na perspectiva dos profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde. Os resultados evidenciam que os profissionais reconhecem a importância do planejamento estratégico, porém utilizam os instrumentos de forma deficitário, especialmente, o relatório de gestão que favorece a análise, execução e tomada de decisão.

Segundo Matus (1996), o planejamento toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, então desenvolve uma proposta conceitual e metodológica intitulada Planejamento Estratégico Situacional (PES), que contempla um conjunto de métodos utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

O planejamento no SUS, além de ser um requisito legal, é também um dos mecanismos relevantes para assegurar a direcionalidade do processo de gestão e organização da produção de ações e serviços, bem como a identificação e alocação dos recursos necessários para o enfrentamento e superação dos problemas do sistema de saúde, de modo a melhorar sua capacidade de resposta aos problemas, demandas e necessidades de saúde da população (Brasil, 2023).

O guia de planejamento da gestão do trabalho e educação em saúde no âmbito estadual e municipal do SUS traz que na área da saúde, o planejamento é um processo coletivo que envolve a definição do “que fazer” diante de problemas de saúde da população e/ou dos problemas do sistema e dos serviços de saúde, que exigem a construção do consenso e do compromisso coletivo de gestores, profissionais e trabalhadores de saúde para o seu

enfrentamento, por meio de ações a serem realizadas nos vários níveis organizacionais do sistema de saúde, ou seja, no âmbito político-gerencial, técnico-administrativo e operacional (Brasil, 2023).

Nos resultados da pesquisa, a prática dos profissionais e gestores no cotidiano do trabalho diverge do que é proposto pelo guia de planejamento, que pode ser evidenciado pelas falas:

“... teria que fazer reuniões com as equipes, reunir e fazer esse debate, fazer levantamento do Município também tem deficiência de remapeamento, existe áreas rurais descobertas e dentro da própria sociedade urbana e teria que ser feito isso para termos dados precisos porque até hoje não tem esses dados precisos de cadastramento de toda a população do município...”

“Primeiro passo é isso reservar um tempo um horário protegido pra gente reunir, discutir e planejar primeiro e depois a gente ter autonomia para gente praticar o que resolveu na reunião. Então tempo e autonomia na minha visão.”

“...a gente não faz em reuniões, mas as vezes faz de forma isolada com cada profissional que necessita.”

“...às vezes temos conversas isoladas, às vezes sai uma portaria nova, às vezes a gente tá com uma demanda de uma gestante, olha o atendimento de gestante tá baixo relacionado à parte odontológica então vamos fazer busca ativa dessas gestantes.”

Diante dos apontamentos levantados, percebe-se a necessidade de reforçar as discussões relacionadas à importância da concretude do planejamento estratégico pelos profissionais e gestores do município, com a finalidade de provocar mudanças significativas e transformadoras no território em estudo, para o fortalecimento das ações desenvolvidas na APS.

A partir do relato dos participantes é nítido que não acontecem reuniões periódicas para discussão de casos, indicadores de saúde ou organização da assistência, que envolvam todos os profissionais e, quando ocorrem as reuniões são de cunho administrativo e informativo. Quando há discussão somente referente ao cumprimento das metas dos indicadores do previne Brasil, elas ocorrem de modo informal e o monitoramento das metas é realizado apenas pelas enfermeiras da APS e são repassados os resultados das metas para parte da equipe. Alguns participantes relatam que no município tem uma ferramenta de informação dos indicadores do Previne Brasil da rede privada denominado de Pin Pec, que traz as informações dos indicadores de pagamento por desempenho trabalhados individualmente na plataforma com objetivo de concluir e efetuar o monitoramento dos indicadores a cada quadrimestre.

“... (a reunião) é mais informativa do que de planejamento, mas a gente discuti também indicadores. A gente por exemplo olha a proporção de hipertensos que foram atendidos, isso a gente olha, talvez a gente não olha, talvez a gente não consiga planejar ações, ali assim tão resolutiva como a gente queria, mas a gente sempre tá de olho nos indicadores.”

“eu estava falando sobre os indicadores do previne no caso que a gente monitora pelo pin PEC...”

“a gente não faz em reuniões, mas as vezes faz de forma isolada com cada profissional que necessita.”

“As nossas reuniões são mais informativas das demandas do que indicadores de dados...”

“... às vezes olhando lá nesse programa pin pec a gente consegue saber que o paciente tem muito tempo que não vem monitorar a pressão, aí a enfermeira analisa manda para os agentes de saúde e fala: olha vai atrás desse paciente para ele vim para gente vê como está a pressão dele...”

No ano de 2019 o MS institui por meio da portaria n.º 2979 o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, que altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passa a ser distribuída com base em três critérios: capacitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para as ações estratégicas. No que concerne ao pagamento por desempenho o MS estabeleceu através da portaria n.º 3222, de 10 Dezembro de 2019, o conjunto de indicadores do Pagamento por Desempenho a ser observado na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP), para o ano de 2020. Esses indicadores abrangem as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) (Brasil, 2019). As informações necessárias devem ir além daquelas relativas à produção de serviços para o repasse financeiro, deve-se ampliar para os dados demográficos, identificação de características da população adstrita e do perfil de saneamento. Desta forma, seriam contempladas as ações de saúde de caráter individual e coletivo. Percebe-se que o monitoramento das metas dos indicadores estabelecidos pelo Previne é realizada apenas pela a enfermeira da APS. Nota-se através dos relatos que não há envolvimento por parte da gestão no monitoramento, análise dos dados e o uso da informação em saúde para o planejamento das ações e tomada de decisão. No entanto, a gestão também desconhece a importância de inserir o uso das informações em saúde no processo de trabalho. Os profissionais é que demonstram o interesse, por está atrelado ao incentivo financeiro como evidenciado nos trechos a seguir:

“Nos mesmos nos cobramos porque a gente recebe gratificação por ele. Então a gente mesmo que cobra.”(E5)

“Nessa parte dos indicadores da atenção básica a gente não falha tanto...”(E1)

Contudo, acredita-se que para a realização efetiva do uso da informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão na Atenção Primária à Saúde é necessário a consciência dos gestores e dos profissionais acerca da relevância da informação gerenciada e a potencialização para o seu melhor uso, seja no auxílio das atividades diárias, seja na tomada de decisões importantes, que diz respeito a conduta do profissional da saúde. Essa consciência é uma maneira de capacitar os funcionários na execução de cada processo e propor a eles uma visão sistêmica da realidade em que atuam, a fim de que compreendam que podem contribuir para formação e desenvolvimento efetivo da sociedade da informação em todos os seus âmbitos, nesse caso, no âmbito público e de serviços que visa proporcionar qualidade de vida a população, principalmente a mais carente. Considera-se que estruturas organizacionais devem ser reinventadas e culturas informacionais implantadas para sustentabilidade das organizações (Ferreira, 2020).

Dentre os fatores dificultadores para realizar o planejamento os profissionais apontaram: falta de tempo, autonomia, rotina de trabalho, falta de apoio da gestão, recurso material e falta de interesse por parte dos profissionais.

“... a primeira medida a ser tomada seria o tempo, a gente ter tempo para gente realmente reunir a equipe e discutir.”

... continuo achando que a gente tem dificuldade de tempo e autonomia.”

“Primeiro passo é isso reservar um tempo um horário protegido pra gente reunir, discutir e planejar primeiro e depois a gente ter autonomia para gente praticar o que resolveu na reunião. Então tempo e autonomia na minha visão.”

“a gente não faz em reuniões, mas as vezes faz de forma isolada com cada profissional que necessita.”

“... muitas vezes o enfermeiro se vê desmotivado a hora que vai conversar com a equipe e leva um balde de água fria porque assim isso não vai dar certo eu não quero fazer assim eu não vou ajudar então muitas vezes eu acho que depende muito da equipe para as coisas acontecer...”

“...muitas vezes a gente deixa de fazer o planejamento muitos por falta de interesse.”

“Às vezes deixamos de fazer as coisas por falta de material, até um pequeno folheto para fazer uma divulgação. Então partir daí fica complicado fazer planejamento.”

“Eu acho que o que dificulta (para planejar) também é a nossa rotina as vezes você pode até planejar... essa semana eu vou atender algum caso específico, mas aí chega aquela demanda, você não consegue mais fazer o que estava planejando, isso acontece semana após semana.”

De acordo com o estudo de Schlickmann *et al.* (2022), existem barreiras relacionadas a prática da cultura organizacional do planejamento, dentre elas destaca os problemas interpessoais são os que mais interferem no desenvolvimento das atividades laborais, proveniente da dificuldade de trabalho em equipe e, por processo de trabalho individualizados, outra fator relevante é a inexistência de sintonia entre os membros da equipe que contribui para um cuidado fragmentado, descaracterizando a ideia do que deve ser o processo de trabalho na APS, por fim o número elevado de pacientes atendidos diariamente prejudica o processo de planejamento, fazendo com que os profissionais não tenham muito tempo para planejar as atividades. São ações imediatas, que ocorrem sem o planejamento prévio, mas que seriam valorizados caso a equipe conseguisse disponibilizar tempo para o planejamento.

Para Mazzoli e Victoria (2009), no âmbito do SUS, resgatar ou construir a cultura de planejamento é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio. Atestam esse avanço o mencionado interesse e reconhecimento do planejamento para a gestão, de que é exemplo a significativa demanda por informações a respeito. Há muito não se discutia tanto, não se buscava tão continuamente informação acerca dessa função. A consolidação de uma cultura, por outro lado, é um enorme desafio que, certamente, assim continuará sendo por um longo tempo. Afinal, envolve tanto postura individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais. Portanto, após análise dos dados nota-se que os profissionais não incluem no processo de trabalho o planejamento das ações, reforçando a constatação de autores, que ainda é um desafio a implementação na prática o planejamento em saúde.

Conforme relatos:

“aqui não existe planejamento na assistência é demanda livre.... fazer aquela continuidade com o paciente por quanta de vários problemas técnicos em relação ao hospital.”

“Então aqui funciona com um conjunto atenção básica e pronto socorro.”

“aqui tem essa discrepância se vamos atender como atenção básica ou vamos atender com pronto socorro isso é o que mais dificulta aqui em Piranhas.”

Segundo PNAB (2017) os princípios e diretrizes a serem operacionalizados na Atenção Básica: I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II – Diretrizes; a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado

centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e) Participação da comunidade.

Nas falas fica evidente que a Atenção Primária à Saúde não utilizam algumas das diretrizes com: longitudinalidade do cuidado, ordenação da rede, cuidado centrado na pessoa, resolutividade e coordenação do cuidado. Neste contexto, os serviços da APS do Município estão organizados com enfoque excessivamente curativo e pouco preventivo, privilegiando ações de caráter curativo, ou seja, na organização do modelo médico assistencial individual.

Contudo, no tocante às concepções e práticas da assistência aos usuários, destacou-se a importância da planificação em saúde como ferramenta de gestão no direcionamento do processo de trabalho dos profissionais e gestores com objetivo de cumprir as diretrizes da PNAB.

Categoria Central: sistemas de informação existentes

Exemplo de Verbalizações	Tema
<p><i>“... a gente tem o próprio ESus que por ele a gente tira os relatórios, temos também o pin pec no município e tem aqueles outros né, sinasc esses assim não sei nem mexer.”</i></p> <p><i>“... conheço vários sistemas de informação temos muitas informações no DATASUS, assim quem quer procurar dados tem muitos dados na internet, mas as vezes você como coordenadora tem mais acesso porque você tem mais senhas...”</i></p> <p><i>“... a secretaria poderia passar mais informação, mais dados para os profissionais.”</i></p> <p><i>“... fecho o mês, quantos casos de sífilis no município de Piranhas? E aí? Eu sei o quanto deu no meu, na nossa unidade e o município? ”</i></p> <p><i>“...temos indicadores que poderia ser trabalhado melhor como de gestante, hipertensos, diabéticos que estão com a glicemia tudo bagunçada e não consegue acompanhar esses pacientes ...”</i></p> <p><i>“... quantos tem no município de Piranhas, quantos hipertensos, diabéticos, cada unidade os enfermeiros consegue fazer esse levantamento, mas eu não sei falar de Piranhas inteira, mas se a gente pesquisar</i></p>	<p>Sistemas de informação os profissionais conhecem</p>

<p><i>a gente consegue porque a gente tem um sistema muito bom...</i></p> <p><i>“Semana passada mesmo eu falei o nosso indicador de diabéticos tá muito baixo, então vamos correr atrás desses pacientes, a gente tem que fazer pedidos de exame, a gente tem que acompanhar.”</i></p>	
--	--

Analisando as respostas, percebe-se que há pouco conhecimento sobre os diversos sistemas de informações em saúde disponíveis de base Nacional e Estadual pois, somente o eSUS, PINPEC, DATASUS e SINASC foram citados. Demonstrou que os demais sistemas de informação presentes em nível Federal e Estadual, que pertencem ao MS e SES, não conhecem e não utilizam como ferramenta para o planejamento das ações e tomadas de decisões.

Os profissionais entendem a necessidade da utilização dos SIS como ordenador do planejamento em saúde, mas que na prática eles não utilizam estes dados para seu próprio planejamento e também desconhecem se os dados são utilizados para planejamento ou para formulação de políticas públicas, por gestores locais, regional e nacional.

Os profissionais expõem que os dados não são utilizados pela equipe e que a gestão também não retorna para as equipes as informações com propostas de qualificação dos serviços como revelam as falas:

“... a secretaria poderia passar mais informação, mais dados para os profissionais.”

“... fecho o mês, quantos casos de sífilis no município de Piranhas? E aí? Eu sei o quanto deu no meu, na nossa unidade e o município?”

Está claro que os profissionais necessitam de retorno por parte da gestão, pois expressam claramente que não há disseminação de informações entre serviço e gestão. Os profissionais devem ser estimulados com o retorno das informações geradas, pois as decisões baseadas nos dados fortalecem o trabalho cotidiano e permite que a equipe possa fazer o planejamento e gestão das ações subsidiadas pelos dados do território.

Esse resultado vem de encontro com o estudo qualitativo realizados Santos e Damian (2019), apontou a relação dos profissionais aos fluxos formais de informação em saúde, os

níveis eram baixos e insatisfatórios, o que para os autores causa desequilíbrio na atividade de compartilhamento da informação que pertence ao processo da gestão da informação (GI).

Estudo realizado por Neto (2021) traz que entre 2013 e 2018, foram identificados 54 Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SNIS) em funcionamento no Brasil, mantidos pelo Ministério da Saúde (MS), incluindo sistemas de cadastro, notificação de doenças e agravos, controle e logística de insumos e medicamentos, prontuários eletrônicos, gestão laboratorial, controle contábil da produção de procedimentos, dentre outros.

Os sistemas de informação em saúde, aliados às novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) por meio dos registros eletrônicos em saúde estão presente no cotidiano de trabalho em todos os serviços da APS no município, estas têm a finalidade de produzir de forma organizada informações em saúde que possibilita aos atores envolvidos no processo de gestão lidarem com os indicadores de saúde locais a partir dos SIS Nacionais e Estadual (Cardoso *et al.*, 2021).

Estudo de revisão sistemática realizado por Cardoso *et al.* (2021) revela que as publicações versaram que as TIC's são elementos que favorecem a interface de ações entre os serviços de saúde e os usuários, promovendo maior horizontalidade e integralidade das práticas do fazer saúde. Portanto conclui que a implementação de TIC's no campo da Atenção Primária permite maior alcance e interação entre os usuários e equipe facilitando o processo de gestão intersetorial. No entanto, a literatura também demonstra um contorno desafiador quanto a popularização das TIC's no âmbito da saúde necessitando assim de maiores investimentos nesse campo especialmente na Atenção Primária.

A falta de conhecimento dos SIS e uso das informações em saúde para o planejamento das ações e tomada de decisão por parte dos gestores acarretam na falta de conhecimento e uso por parte dos profissionais também, levando em consideração que o gestor exerce papel importante na tomada de decisões, este deve tomar como base os impactos de suas ações não somente do ponto de vista técnico, mas saber a dimensão da qualidade destas quando atingem o usuário do serviço.

Os SIS devem servir como uma ferramenta que garanta atualização constante e de fácil acessibilidade, permitindo aos profissionais, que planejem e organizem suas ações nos seus processos de trabalho, adquirindo e aplicando os conhecimentos teóricos e práticos nas suas intervenções, buscando a solução dos problemas, e a qualidade do trabalho e do trabalhador. A utilização dos sistemas de informação no processo de tomada de decisão aumenta a eficiência dos serviços prestados aos usuários, pois, disponibiliza profissionais habilitados e atualizados para atuarem nos serviços de saúde (Cardoso, 2021).

Para a utilização da informação em saúde, é necessário que os envolvidos no processo de gestão tenham conhecimento sobre como se encontram estruturados estes SIS, quais dados são levantadas, suas finalidades e quais setores são responsáveis pelos seus respectivos gerenciamentos.

No estudo realizado, por Santos e Damian (2019), relata que o mapeamento e o reconhecimento do fluxo de informação em saúde são atividades que transmitem aos profissionais uma visão holística e sinérgica de tudo o que ocorre na unidade, ou seja, todas as relações estabelecidas que juntas propiciam o alcance do objetivo geral de uma USF, que é prestar atendimento de prevenção e cuidado a população.

Para Saraiva (2021), a falta de conhecimento sobre os SIS reflete a emergência de uma cultura orientada à utilização de dados, que trabalhados gera informação em saúde na gestão da saúde pública, reconhecendo-se tanto seus benefícios quanto desafios. A adoção de boletins e painéis de dados estimula debates críticos acerca dos dados observados, incentivando gestores e profissionais a revisitar e questionar suas práticas.

Contudo, entende-se que uma das estratégias mais eficazes de desenvolver uma cultura organizacional para o uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão é disseminar aos funcionários os conceitos de produtos e serviços de informação, ou seja, conscientizá-los sobre o que venha ser tais produtos e serviços, qual a importância desses e como o uso da informação em saúde auxilia diretamente no alcance e realização desses serviços com base na boa qualidade.

O que vemos, no entanto é que, apesar dos sistemas de informações em saúde, se constituírem em uma ferramenta capaz de atuando integradamente obter e selecionar dados propiciando sua transformação em informação estratégica, os mesmos em sua grande maioria não são compartilhados e utilizados para que se detectem potencialidades e limitações nas decisões tomadas por gestores e técnicos ampliando a massa crítica sobre as etapas do processo de geração da informação

Categoria Central: Conhecimento Plano Municipal de Saúde

Exemplo de Verbalizações	Tema
<i>“No final do ano, ele passou essas programações que é feita para o próximo ano, mas depois que ficou pronto não foi repassado pra gente. Ele passou para a gente fazer o levantamento de dados para fazer esse plano do município com as nossas informações de cada unidade depois de pronto qual é o planejamento aí</i>	Como é feito o Plano de Saúde Falta de acesso

<p><i>eu não tive acesso mas eu falo relacionado a mim.”</i></p> <p><i>“Eu sei que tem esse plano, mas eu entrei agora e só tem alguns meses que estou na coordenação, mas eu não tive acesso ao plano.”</i></p> <p><i>“Ele existe. Ah eu sei que ele existe, eu sei que ele é feito bem anteriormente tipo um planejamento anual que acontece durante todas as ações são englobadas neste plano de saúde é isso.”</i></p> <p><i>“... ele colhe todas as informações, a gente aqui uma pessoa específica, coleta as informações de todas as unidades.”</i></p> <p><i>“É o XX que é o responsável pelos programas pela parte de gerencia do município, ele é o braço direito da secretaria de saúde entendeu? Ele que é o responsável pela programação juntamente com os responsáveis da secretaria.”</i></p> <p><i>“... da última vez mandou o questionário sentamos com a enfermeira, falamos a necessidades, preenchemos o questionário e levou para a secretaria, porem depois de pronto digitado no papel não retornou para nenhuma unidade para avaliar para realmente saber se estava como foi planejado.”</i></p> <p><i>“Aqui (...) foi pela equipe a enfermeira chamou os agentes de saúde o odontólogo e a gente sentou e falou a respeito de cada pergunta...”</i></p>	<p><i>Carência na comunicação</i></p> <p><i>Participação limitada</i></p>
--	---

Nesta temática, o grupo dos profissionais entrevistados demonstraram desconhecimento ou distanciamento do plano municipal de saúde, a ferramenta não faz parte a cultura organizacional como instrumento para os planejamentos das ações em serviços de saúde.

Conforme:

“Ele existe. Ah eu sei que ele existe, eu sei que ele é feito bem anteriormente tipo um planejamento anual que acontece durante todas as ações são englobadas neste plano de saúde é isso.”

“... da última vez mandou o questionário sentamos com a enfermeira, falamos a necessidades, preenchemos o questionário e levou para a secretaria, porem depois de pronto digitado no papel não retornou para nenhuma unidade para avaliar para realmente saber se estava como foi planejado.”

Segundo a portaria do Ministério da Saúde n.º 2135/2013 definiu que o Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central do planejamento a ser elaborado a partir de uma análise situacional, que reflita as necessidades de saúde da população, e apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas, bem como, alicerça a execução, o monitoramento e a avaliação do exercício da gestão em cada esfera de governo (Brasil, 2013).

Segundo os entrevistados a elaboração o PMS não é participativo e sim centralizado em apenas um profissional da área de gestão da APS. E depois de elaborado não é compartilhado para os profissionais da APS.

“É o XX que é o responsável pelos programas pela parte de gerencia do município, ele é o braço direito da secretaria de saúde entendeu? Ele que é o responsável pela programação juntamente com os responsáveis da secretaria.”

Evidencia-se que a construção do PMS no Município não está em consonância com as diretrizes do MS que pauta : processo de elaboração do PMS deve ser organizado de forma a permitir o levantamento e análise das informações disponíveis acerca da situação de saúde do município, envolvendo, de forma participativa, os diversos atores sociais responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde da população, isto é, os dirigentes e técnicos do nível político, administrativo, os profissionais e trabalhadores de saúde e os representantes dos diversos grupos da população (Brasil, 2013).

Categoria Central: Foi uma boa discussão

Exemplo de Verbalizações	Tema
<p><i>“a gente conseguiu tirar algumas questões para nós, questões da nossa realidade, então eu acho que falta identificar o problema e a gente reagir lá na raiz do problema, é isso.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a gente não pode deixar isso aqui, desligar aqui e acabou eu acho que a gente precisa colocar em pauta, a gente precisa novamente nos reunir, novamente conversar tentar buscar ouvir todo mundo porque às vezes a gente não ouve, as vezes a pessoa já tem a resposta para aquele</i></p>	<p>O que foi possível apreender</p>

<p><i>problema a realidade no nosso município está lá na atenção primária eu as vezes fico aqui e não consigo identificar lá, então é planejar e executar esse planejamento é isso.”</i></p>	
--	--

Com base nessa categoria, pôde-se identificar que os profissionais e gestores compreenderam a importância de ampliar a reflexão sobre o uso da informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão.

Para além da reflexão, os profissionais e gestores pontuaram também a necessidade de realizar um diagnóstico situacional no território e implementar planos de intervenções, diante das problemáticas encontradas pelas equipes. Partindo deste entendimento, dos profissionais e gestores, pressupõem que o uso da informação como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão possa ser incorporado no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Também foi possível evidenciar que até o momento deste estudo, não houve nenhuma discussão sobre a temática deste estudo entre os profissionais e gestores. O que reforça a relevância deste estudo no município.

4.1 Análise das Entrevistas

As entrevistas foram realizadas entre os dias 17 a 21 de abril de 2024, nos locais de trabalho dos entrevistados.

Características dos profissionais entrevistados	
Número de participantes	05
Categorias profissionais	Enfermeiro, odontólogo, médico, agente comunitário de saúde, gestor da atenção primária.

Distribuição de gênero	80% sexo feminino e 20% sexo masculino
Escolaridade	80% ensino superior e 20% ensino técnico
Tempo de serviço público	60% trabalham há mais de 10 anos e 40% há menos de 10 anos
Vínculo empregatício	60% concursados e 40% contratos temporários
Carga horária	40 horas semanais

Em sua opinião, como se dá o uso das informações em saúde para a tomada de decisão nas equipes?

- “Não acontece o uso da informação nem aqui nem em outra unidade que já trabalhei” (E1)
- “Não tem acesso à informação. Não vejo planejamento” (E2)
- “Essa tomada de decisão, não se baseia nas informações” (E3)
- “Essa parte de informação a gente não faz aqui no município” (E4)
- “O uso das informações não se dá” (E5)

Reforçando os resultados apontados no encontrado no GF, consta -se nas entrevistas individuais que os profissionais e gestores não utilizam as informações em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão.

As falas dos entrevistados, enfatizam que o uso da informação em saúde na APS do Município está muito aquém do seu potencial, dadas ausência de conhecimento no tocante ao mecanismo de consulta dos dados nos sistemas de informação como ferramentas e a cultura do e acesso informação em saúde, com sua dinâmica própria de disseminação.

As equipes verificam os dados dos relatórios do sistema de informação e- sus? E com que frequência?

- “O que eu vejo aqui que acontece muito é algum indicador que promove alguma verba pra vim pra o município” (E1)
- “A equipe fala que verifica, mas eu acredito que há um déficit aí é eles verificam quando importam para alguma coisa pra eles” (E2)
- “Nós aqui também não temos esse habito de tá informando verificando, é falta de tempo porque é tanta coisa que tá pondo pra gente fazer nas unidades que não tá tendo esse tempo de estar acompanhando nos sistemas essas informações”(E3)

- “Às vezes verificam né, bem pouco mas verificam é. Eu acho que de 20 em 20 dias” (E4)
- “Então eu posso falar por mim que eu não verifico muito frequentemente é na minha equipe eu acho que a coordenadora verifica talvez não de forma sistematizada” (E5)

Analisando as respostas, percebe-se que os profissionais não tem o hábito de verificar os relatórios disponíveis no sistema de informação e-SUS, mesmo os profissionais tendo referido ter conhecimento do Sistema. Embora, eles têm um contato diário com o sistema e-SUS, utilizam apenas transferir as informações colhidas no território, para que este banco de dados permaneça atualizado, alguns desconhecem a funcionalidade de extrair relatórios disponíveis no sistema.

Dentre muitas funcionalidades que o sistema de informação e-SUS tem disponíveis destaca -se o módulo relatórios o qual permite que profissionais e gestores possam visualizar, de forma sintetizada e sistematizada, as ações de saúde realizadas no território. Atualmente, os relatórios do e-SUS APS disponibilizam informações agregadas, por meio dos relatórios gerenciais, consolidados e de produção, além dos relatórios operacionais, com informações individualizadas e identificadas que podem ser utilizados por diferentes tipos de atores. Os relatórios e suas especificações estão agrupados em: 1) Relatórios gerenciais: as informações são apresentadas são de absenteísmo, atendimentos, cuidado compartilhado e vacinação; 2) Relatórios consolidados: são os relatórios que permitem uma visualização da situação dos cadastros domiciliar e territorial, cadastro individual e situação do território; 3) Relatórios operacionais: são os relatórios que apresentam as informações individualizadas, tais como: de cadastro territorial, crianças menores de 5 anos, gestantes, puérpera, risco cardiovascular e identificação da situação de saúde dos cidadãos do território; 4) Relatórios de produção: são os relatórios que permitem uma visualização agregada das informações, tais como: atendimento domiciliar, atendimento individual, atendimento odontológico individual, avaliação de elegibilidade e admissão, atividade coletiva, marcadores de consumo alimentar, procedimentos consolidados, procedimentos individualizados, resumo de produção síndrome neurológica por zika /microcefalia, vacinação e visita domiciliar e territorial (Brasil, 2023).

Para além, das funcionalidades do sistema e-SUS é possível também verificar relatórios analíticos e descritivos os quais são importantes ferramentas ofertadas pelo MS para trabalhadores e gestores, com a finalidade de refletir sobre os indicadores de saúde fomentando sua utilização no planejamento local e municipal, além de redefinição dos processos prioritários de trabalho das equipes e gestão, com vistas ao fortalecimento da APS. Para tal, é possível

acessar os relatórios através da plataforma e-gestor que dá acesso ao sistema de informação SISAB.

Tendo em vista que, o principal propósito dos relatórios é o compartilhamento de dados e informações para serem utilizados principalmente, para os gestores e suas equipes, contribuindo para o planejamento de ações visando o aprimoramento dos serviços. No entanto, os resultados sinalizam que os profissionais e gestores não tem o hábito de verificá-los.

Diante do exposto, reforça a hipótese deste estudo que profissionais e gestores não utilizam a informação em saúde para o planejamento das ações e tomada de decisão

Em sua opinião, qual a importância do uso dos sistemas de informação na tomada de decisões na prática do seu trabalho?

- “Pra mim na minha opinião é muito importante porque a partir do momento que a gente sabe, por exemplo o número de hipertensos que tem na área ou de uma doença contagiosa é e se tem os ACS essas informações teríamos que ter o planejamento” (E1)
- “É importante para solucionar os problemas de forma efetiva” (E2)
- “ Com o uso dos sistemas de informação a gente consegue ter uma visão ampla do problema”(E3)
- E3- “Uai eu acho que é importante porque aí assim de acordo com que você for realizar seu trabalho” (E4)
- “É bom para saber os resultados né que a gente tem” Se a gente utilizasse de forma correta eu acho que a gente conseguiria alocar recursos de uma forma mais eficaz talvez...se a gente tivesse o hábito e tivesse acesso, conhecimento dos sistemas de informação a gente pra gente poder trabalhar de uma forma confiante” (E5)

O estudo revela que os profissionais reconhecem a importância do uso dos sistemas de informações como ferramenta para o planejamento das ações, solucionar problemas de forma efetiva, conhecimento e direcionamento de recursos mais eficaz.

De acordo com a literatura as informações em saúde que podem ser extraídas dos SIS, tem a finalidade de : 1) Identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma dada população; 2) Reconhecer os problemas de saúde passíveis de intervenção; 3) Entender a importância desses problemas para o quadro sanitário de grupos populacionais; 4) Propiciar elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento; 3) Definir as prioridades com base na identificação dos problemas e

auxiliar na tomada de decisão de forma racional; 4) Incorporar as informações de interesse em saúde ao conjunto de conhecimentos sobre a realidade local/regional; 5) Fazer uso das informações na construção de diálogo com a sociedade, firmando compromissos e definindo responsabilidades, objetivando a melhoria da qualidade de vida, dentre outros.

No estudo de revisão integrativa realizada por Ferreira *et al.* (2020), também foi possível identificar três categorias das contribuições dos SIS sendo: 1) Contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde na coleta, processamento e divulgação de indicadores de saúde; 2) Apoio dos Sistemas de Informação em Saúde na análise e comparação de indicadores; 3) Os Sistemas de Informação em Saúde no apoio ao planejamento, gestão e avaliação em saúde. No que tange a primeira categoria os autores enfatizaram seguintes pontos que relacionam aos SIS : tornam as informações, antes armazenadas, disponíveis eletronicamente e geram tabelas de produção logo, os SIS são relevantes, uma vez que os dados e as tabelas de produção, disponibilizados eletronicamente pelos sistemas, permitem que os profissionais possam realizar levantamentos e comparações, bem como analisar gráficos, o que contribui diretamente na produção de indicadores de saúde. Na segunda categoria os relatórios de análises de dados, gerados pelas informações já coletadas e tabuladas, contribuem diretamente para novas análises e para comparações das informações. Na terceira categoria as ações desenvolvidas na operacionalização dos SIS contribuem para a avaliação de problemas, para as intervenções e a tomada de decisões. Desse modo, os SIS representam uma ferramenta que possibilita qualificar os processos gerenciais e assistenciais na APS.

Um ponto pertinente, observado e destacado Ferreira *et al.* (2020), é que, a divulgação dos indicadores de saúde dentro dos SIS torna cada vez mais possível a percepção do quadro real de saúde de uma população, configurando-se como um meio eficaz para a tomada de decisão em saúde tanto por parte dos profissionais, no âmbito da APS, como também pelos gestores dos serviços de saúde.

Reforçando os resultados apontados no encontrado no GF, profissionais e gestores desconhecem os sistemas de informação em geral e não utilizam para a tomada de decisão na APS do município.

Partindo dessa premissa, os profissionais de saúde e gestores devem aprimorar a sua prática, direcionando-a para o fortalecimento do uso das informações em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão.

Quais sistemas você conhece?

- “Eu não tenho muito acesso a essas ferramentas que são utilizadas eu sei muito pouco sobre esse pin sus todos esses programas eu não tenho muito acesso” (E1)
- “Nenhum” (E2)
- “Uai esse daí as ferramentas a gente não faz né”(E3)
- “No caso é o eSUS né e..... o fugiu o nome do outro aqui agora”(E4)
- “tem o e-sus que já foi falado antes que a gente coleta as informações o paciente chega tudo que a gente faz no paciente vai para o eSUS então a gente tem essas informações disponíveis a gente tem também um sistema que o município contrata que também disponibiliza algumas informações”(E5)

A informação tem sido considerada insumo fundamental para a gestão, para o ensino e para a coordenação das práticas assistenciais e em saúde coletiva. Normalmente, a expectativa é de que funcione como verdadeira ferramenta para orientar a tomada de decisões e a produção de conhecimentos válidos. Informações de diferentes naturezas e de diferentes fontes seriam o substrato por excelência desses processos (Ferla; Cecim; Alba, 2012).

Os SIS são estruturas que garante a obtenção e a transformação de dados em informação, no qual acontece o processo de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados de saúde (Saraiva, 2021).

Os sistemas de informação, enquanto instrumentos de trabalho na saúde, são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativo-burocráticas e àquelas ancoradas em conhecimentos técnico-científicos, sobretudo as que dependem de informações atualizadas. Estes são capazes de estruturar, operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desempenho do serviço de saúde . Para os profissionais da saúde, a necessidade de manter-se atualizado é fundamental para aprimorar sua prestação de serviços, garantindo-a com qualidade à assistência prestada a população (Pinheiro, 2016).

Para Saraiva *et al* (2021), mostra em seu estudo, ainda que o SIS possua muitas funcionalidade e utilidade, existe uma grande resistência por parte de alguns profissionais ao aderir essa ferramenta. Outro desafio encontrado é à desinformação por parte dos profissionais sobre os SIS.

Vale ressaltar que, para utilizar as informações é necessário, primeiramente, conhecer o acervo que se dispõe e quantidade de informações produzidas de modo sistemático pelos SIS, bem como sobre o potencial que o reconhecimento desse acervo como recurso estratégico traz para a gestão.

Diante dos apontamentos levantados, reflete a emergência de uma cultura orientada à utilização de dados que surge como uma oportunidade promissora para orientar e qualificar a gestão em saúde, alinhados a um dos princípios estruturantes da Política Nacional de Informação e Informática em saúde que busca o fomento à gestão e a produção de dados e informação em saúde, como elementos capazes de gerar conhecimento, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de políticas públicas (Brasil, 2021). Portanto, este estudo traz como proposta o quadro de diretrizes para o uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão na APS.

O que você acredita que pode ajudar para que sejam usadas informações em saúde como ferramenta no planejamento das ações e na tomada de decisão das equipes?

Os resultados encontrados nesta categoria, identificou-se ausências de promoção de ações para o conhecimento dos SIS, bem como o aprimoramento do uso, além de promover capacitação de profissionais de saúde para uma melhor consciência da importância dos SIS como ferramenta de vigilância epidemiológica, processo decisório, análise e planejamento situacional e escopo da saúde.

É possível identificar, também a necessidade de trabalho em equipe, mudança na cultura organizacional quanto ao uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão, reorganização do processo de trabalho, apoio da gestão, conhecimento sobre a temática, por parte da gestão com o objetivo de coordenar e avaliar o uso da informação por parte dos profissionais.

As sugestões sinalizam as possibilidades de potencializar a utilização do uso da informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão e a utilização dos SIS, evidenciando que é possível rever as práticas de saúde desenvolvidas no nível local e desencadear processos de mudança na organização do modelo assistencial, através do conhecimento e enfrentamento de ruídos e falhas existentes no processo de agir em saúde.

Acredita-se que uma das maneiras mais eficazes de desenvolver uma cultura organizacional de prática da gestão da informação é disseminar aos funcionários os conceitos de produtos e serviços de informação, ou seja, conscientizá-los sobre o que venha ser tais produtos e serviços, qual a importância desses e como o processo de gestão da informação auxilia diretamente no alcance e realização desses serviços com base na boa qualidade.

- “A primeira é como se fosse um treinamento, treinar todo mundo da equipe é disseminar conhecimento porque normalmente quem tem mais contato com isso é o enfermeiro da unidade... Reuniões e adaptar porque também tem que adaptar todo o PSF, não adianta só o enfermeiro saber querer fazer sendo que não tem

adaptação, e não adianta o que não é cobrado não é feito a gestão tem que cobrar” (E 1)

- “ Que a gente tem que mudar a é o pensamento da equipe nesta questão a gente tem que é tentar conscientizar que a gente precisa usar essas informações” (E2)
- “Acho que estar faltando assim a falta de tempo igual foi falado que anda tendo muito serviço muita coisa, a falta de apoio da gestão que não tá do nosso lado apoiando pra ver o que a gente está necessitando. Seria interessante a capacitação porque a gente só chega e fala, mas não fala assim especificadamente o que a gente precisa estar fazendo, essa parte de capacitar porque é muito amplo e a gente sabe usar muito pouco” (E3)
- “ Os profissionais ter mais tempo” (E4)
- “Falta um pouco de conhecimento de todo mundo daequipe para poder acessar as informações a gente tem que criar esse habito de acessar as informações a gente de repente teria que ter um pouco de liberdade para planejar as ações e pra executar que a gente não tem essa liberdade” (E5)

Como acontece o fluxo na sua equipe da coleta de dados, consolidação dos dados, análise dos dados e a disseminação das informações.

- “Não acontece. Pode as vezes é a tal região tá faltando número de aferição
- de pressão arterial, mas assim nada eu não vejo acontecendo nada disso fornece as vezes as informações de hemoglobina glicada para as vezes paracaptação e controle por exemplo da diabetes, mas não vejo , não acontece” (E1)
- “Não acontece. Talvez só a consolidação dos dados” (E2)
- “Aqui na unidade a gente eu acho que faz só essa primeira parte a coleta de dados” (E3)
- “As equipes fazem só as coletas de dados”(E4)
- “Aqui a gente até coleta os dados” (E5)

Considerando que APS é responsável por produzir diariamente um alto volume de dados que transformados gera informações em saúde. Diante disso, indagamos aos profissionais e gestores, sobre, como acontece o fluxo dos dados no SIS, em todas as suas etapas como a coleta, processamento, análise e transmissão de informação necessária par se organizar e operar os serviços de saúde, com o objetivo de compreender qual é a participação do nível municipal, na produção e análise dos dados, bem como eles retornam para o município. Evidencia -se, que um conjunto de dados é colhido na APS, que retroalimenta os sistemas de informação de nível

federal e estadual, processados no nível central, mas acaba ficando sem análise dos dados no nível local que produziu e conseqüentemente sem as possibilidades de conhecer o perfil epidemiológico da população que faz parte da sua área de abrangência.

A mudança deste cenário torna -se relevante, ou seja, a possibilidade de retorno das informações, devidamente consolidados ao nível local que gerou os dados primários é necessária para dar sentido às informações coletadas e se tornar estímulo a um processo de envolvimento e compromisso das equipes com a qualidade do trabalho.

Consta na Portaria G.M. 2.488/2011 que compete às Secretarias Municipais de Saúde alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos (BRASIL, 2011a). No entanto, mesmo diante do que estabelece o MS, este estudo evidenciou, que não há a utilização dos sistemas de informações para auxiliar no processo de planejamento e de gestão da saúde assim, permanece desarticulados o acompanhamento dos indicadores de saúde, a gerência dos sistemas de informação e a monitoria dos processos de planejamento e de gestão. Entretanto, mesmo com a obrigatoriedade da alimentação, essa situação pouco tem contribuído para apoiar o processo de decisão local.

Para Garcia, Miranda *et al* (2022) a vigilância em saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, com vistas ao planejamento e implementação de medidas de saúde pública que incluem a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Com base no exposto, pelos profissionais e gestores é notório o desconhecimento da lógica existente na produção, fluxo e análise dos dados que alimentam os SIS, sendo este processo relevante para selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêm, medem e avaliam os serviços de saúde. Mas para que isso aconteça, é necessário que as pessoas envolvidas neste processo tenham conhecimento sobre as suas possibilidades, visando ao alcance do objetivo de extrair o seu potencial e transforma-lo em realidade local, destacando focos prioritários e levando a um planejamento local e a execução de ações condicionadas à realidade á transformações necessárias encontradas.

No entanto, nota -se que os profissionais e gestores do município estão acostumados apenas em inserir os dados para cumprir com as especificações do MS, contudo não compreendem que existe fluxo de coleta de dados, consolidação dos dados, análise dos dados e a disseminação das informações, que este processo é fundamental para a vigilância em saúde ações e intervenções instrumentalizadas pelas informações contidas nesse sistema de informação. Contudo, os dados ficam centralizados no nível federal e estadual, ou seja, não há circulação desses dados na Atenção Primária à Saúde, inviabilizando a sua utilização para a tomada de decisão local.

Levantar estes aspectos de articulação através do fluxo da informação dos SIS, nos ajuda a pensar sobre a integralidade da assistência e da informação local, porém aqui no município o resultado revelou que esse processo de trabalho é fragmentado. As informações sobre as ocorrências de doenças de notificações por exemplo, que não tem um retorno para as equipes da APS, para que possam utilizá-las na tomada de decisão para reorganizar o serviço ou intervir no processo de doença. Portanto, no cotidiano dos serviços não há disseminação das informações dos casos notificados no município, privando os profissionais e a população de conhecer o comportamento das doenças no município, o que dificulta a visibilidade da dimensão de todos os casos notificados pelas as unidades de saúde. Conforme as falas dos entrevistados:

- “... a secretaria poderia passar mais informação, mais dados para os profissionais.” (E2)
- “... fecho o mês, quantos casos de sífilis no município de Piranhas? E aí? Eu sei o quanto deu no meu, na nossa unidade e o município? ”(E1)

Neste contexto, podemos compreender que o tipo de modelo de atenção à saúde desenvolvido no município, estão voltados para o modelo de assistência médica individual, privilegiando o pronto atendimento, portanto não necessita de informações epidemiológicas para instrumentalizar as ações de promoção e prevenção no Município.

Portanto, percebe-se a ausência de compreensão do fluxo para o processo de informação.

Em sua opinião, quais estratégias de intervenção que profissionais e gestão poderiam realizar para melhorar o processo de uso das informações para tomada de decisão?

A partir dos recortes abaixo observa -se pontos estratégicos para implementar a cultura informacional no planejamento das ações e toma de decisão na APS do município, dentre eles destacaram: organização da agenda de atendimento, capacitação para o uso dos sistemas de informação, planejamento, mudança de pensamento, apoio da gestão, tempo, conhecimento da

equipe sobre os sistemas de informações disponíveis, trabalho em equipe e disseminação das informações.

Diante das sugestões apontamentos pelos profissionais e gestores, reflete a emergência de uma cultura orientada à utilização de dados que surge como uma oportunidade promissora para orientar e qualificar a gestão em saúde, alinhados a um dos princípios estruturantes da Política Nacional de informação e Informática em saúde que busca o fomento à gestão e a produção de dados e informação em saúde , como elementos capazes de gerar conhecimento, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de políticas públicas (Brasil, 2021)

- “Acho que seria interessante é primeiro a gente ter uma organização da agenda de atendimentos ... também a gente fazer até a capacitação dos sistemas / nossas reuniões que antigamente a gente fazia aquelas reuniões de planejamento o apoio da gestão porque sem ele a gente não consegue a gente tem muita dificuldade na unidade de trabalhar eu penso nessa falta nessa forma” (E1)
- “Ter uma capacitação pra gente aprender a utilizar esses dados e a gente ter o conhecimento né de como acessar e como utilizar e da importância deles e a gente também tem que ter um pouco mais de liberdade em relação a gestão pra gente poder planejar e executar e talvez um pouco de incentivo também...” (E2)
- “Disseminar informação na coleta de dados e nos profissionais de saúde para melhorar a questão da prevenção ...” (E3)
- “Conscientização a educação baseada nisso dos profissionais... A gestão também tinha que se conscientizar da importância e teria que cobrar de uma forma mais expressiva... remapeamento temos muitas áreas descobertas ...”(E4)
- “Fazer uma reunião com toda a equipe, realmente cobrar o olha vamos atrás de tal informação vamos colher esses dados porque eu imagino que esses dados nem devem ser coletados da forma correta que há muita negligência”.(E5)

Houve destaque ainda, no que tange a necessidade de reorganização do processo de trabalho na APS do Município, fica evidente nas falas dos participante tanto do GF como nas entrevistas individuais que o modelo vigente da atenção à saúde desenvolvido na APS do Município, é voltada para o modelo de assistência médica individual, privilegiando o pronto atendimento, para tal, tem pouca necessidade de informações sobre os indicadores de saúde para vigilância em saúde, monitoramento e avaliação dos serviços, como meio para

instrumentalizar as ações de planejamento, pois fica desarticulada da situação de saúde da população conforme as necessidades de saúde do Município.

“só que aqui tem essa discrepância se vamos atender como atenção básica ou vamos atender com pronto socorro isso é o que mais dificulta aqui em Piranhas. Discrepância se é atendimento da atenção Primária ou Secundária”. (E7)

“Aqui funciona como Upinha é justamente isso” (E8)

CAPÍTULO III

5 PRODUTO TÉCNICO

Os resultados da pesquisa apontaram para a inexistência do uso de informações em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão pelos gestores e profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde e uma gama complexa de questões, dentre as quais se pode citar: falta de conhecimento dos sistemas disponíveis na base nacional e estadual e suas funcionalidades; falta de qualificação para a utilização e o uso oportuno da informação em saúde; não utilizam os dados produzidos pelos sistemas de informação.

Diante dos resultados, dois produtos técnicos tecnológicos foram elaborados para responder os principais problemas identificados, sendo o primeiro a aplicação das diretrizes apontadas na pesquisa e o acompanhamento durante determinado período das atividades realizadas. O segundo, um guia intitulado “O uso da informação e dos sistemas de informação em saúde” que tem a finalidade de orientar a prática profissional de gestores e profissionais da APS, quanto ao uso da informação em saúde. O manual oferece um conteúdo teórico que deverá subsidiar o processo de trabalho dos gestores e das equipes e visa sistematizar conceitos, procedimentos, instruções de trabalho e fornecer orientações.

Quadro 2 - Diretrizes para o uso da Informação em saúde como ferramenta para o planejamento das ações e tomada de decisão na APS

(continua)

PROCESSOS	DIRETRIZES
Conscientização	Gestores e profissionais da APS devem buscar capacitação e compreender a importância e aplicabilidade do uso da informação como ferramenta para planejamento das ações, monitoramento e tomada de decisão na APS.
	Gestores e profissionais da APS devem sensibilizar quanto ao potencial dos sistemas de informação em saúde.

	Os profissionais e gestores necessitam compreender os conceitos de informação em saúde, diferença entre dados e informação e a importância do planejamento em saúde.
Identificação e reconhecimento dos principais sistemas de informações de base Nacional e Estadual	Profissionais da APS e gestores devem buscar por meio de oficinas reconhecer os principais sistemas de informação de base Nacional e Estadual.
	Profissionais da APS e gestores devem buscar identificar por meio de oficinas quais os tipos de informações coletadas e selecionadas nos principais sistemas de informações de base Nacional e Estadual
	Profissionais da APS e gestores devem buscar compreender o fluxo dos sistemas de informação e a importância de cada etapa para obter as informações em saúde, por meio de oficinas.
	Gestores da SMS elaborar manual instrutivo para os profissionais da APS sobre os SIS disponíveis e como utilizar -lós.
Mapeamento da informação em saúde necessária	Os Profissionais e gestores devem relacionar os tipos de informações necessárias para o planejamento das ações local.
Compartilhamento da informação em saúde	As reuniões de equipe devem ser otimizadas e utilizadas para discussões dos problemas e articulações de estratégias, porém todos devem expor suas opiniões e contrapontos de opiniões. Essa sistemática deve ser coordenada pelo gestor da Atenção Primária a Saúde.
	Os gestores da SMS devem participar das reuniões de equipe, para discutir os indicadores de saúde do município e propor capacitações e sugestões de melhorias, assim como ouvir sugestões dos profissionais.
	O Plano municipal de saúde deve ser construído pelos profissionais da APS e disponível em todos os ESFs para todos os profissionais ter livre acesso..

	Gestores da APS e profissionais da Vigilância epidemiológica promover a elaboração de boletim epidemiológico do município semestralmente.
	Definir os mecanismos/ fluxo para disseminação das informações.
Utilização da informação em saúde	Os funcionários e gestores devem utilizar a informação acessada e obtida para traçar planos estratégicos no tratamento e prevenção da saúde dos usuários de maneira ética, consciente, direcionada e competente.
	Os profissionais e gestores devem utilizar a informação em saúde acessada e obtida para promover vigilância em saúde.
Sistematização do uso da informação em saúde	Discutir os dados e indicadores de saúde nas reuniões de equipe e gestores
	Elaborar diagnóstico situacional do território utilizando o SIS como ferramenta.
	Definir as informações necessárias para subsidiar o processo de planejamento, tomada de decisões e de avaliação em todos os níveis gerenciais.
	Elaborar ou identificar os indicadores capazes de contemplar as necessidades de informação definidas pela equipe.
	Conhecer os relatórios que são gerados pelo SIS.
	Conhecer a aplicabilidades dos relatórios como ferramenta de gestão e assistência
	Definir os dados a serem coletados, a periodicidade e suas respectivas fontes.
	Implementar o uso de relatórios extraídos dos SIS nas reuniões de planejamento
	Distinguir os relatórios que podem auxiliar no processo decisório da gestão

Processo de Trabalho	Gestores e profissionais devem buscar implementar o uso da informação como uma proposta para de reorientação do processo de trabalho na APS.
	Implantar o uso de ferramentas para planejamento das ações em saúde.
	Gestores e profissionais devem buscar implementar a ferramenta da planificação da atenção à saúde com objetivo de organizar o processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde.
	Equipe e gestores devem buscar construir fluxograma de utilização dos dados desde da coleta até a disseminação das informações para as equipes e população.
	Profissionais e gestores devem buscar identificar o perfil demográfico e epidemiológico do município

Fonte 3 - Elaboração própria.

CAPÍTULO IV

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Profissionais da APS e gestores devem compreender o dos sistemas de informação e a importância de cada etapa para obter as informações em saúde, por meio de oficinas.

Para além de resultados e conclusões, o estudo propõe uma reflexão sobre as particularidades do objeto, qual seja o uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão sob a perspectiva dos profissionais da APS no município de Piranhas (GO), pois o contexto mundial requer, cada vez mais, a ampliação do uso da informação no cotidiano do processo decisório, principalmente na saúde, devido à sua abrangência e complexidade.

As reflexões oportunizadas durante os encontros do grupo focal e das entrevistas individuais nos possibilitaram conhecer e entender melhor as lacunas/fragilidades e as possibilidades de melhorias dos processos de trabalho com o propósito de implementar a cultura informacional e a sistematização do uso do sistema de informação em saúde, os quais são ferramentas indispensáveis para obter as informações em saúde que levam ao planejamento das ações e tomada de decisão para a gestão da saúde na APS no Município.

Desse modo, após análise e reflexões sobre o tema, os resultados demonstraram que os profissionais e gestores não utilizam as informações em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão, não realizam nenhum tipo de planejamento das ações desenvolvidas na APS, não conhecem a maioria dos sistemas de informações disponíveis na base Nacional e Estadual, bem como as suas características e funcionalidades. Os sistemas de informação base Estadual não foram citados nenhuma vez, evidenciando o total desconhecimento dos diversos painéis que subsidiam os profissionais e gestores no acompanhamento periódico das informações em saúde, visando auxiliar no monitoramento de metas e na avaliação de ações e políticas de saúde, ausência de qualificação para o uso dos

principais sistemas de informações disponíveis na APS. O estudo sinaliza que as informações ainda são centralizadas, uma vez que a análise se faz principalmente no nível central, ficando o nível local como repassadores de dados. Conseqüentemente, o processo de retorno das informações encontra-se prejudicado. Percebe-se, então, discrepância entre a disponibilização dos dados e o dinamismo da realidade local, impactando diretamente no uso sistemático das informações em saúde. Para tal, vale salientar a constatação de que, até o momento desta pesquisa, nunca houve questionamentos e discussões relacionados a temática aqui pesquisada.

No que se refere a organização do processo de trabalho na APS, destaca-se a necessidade da reorganização do serviço, pois o modelo da assistência atual está centrado na atenção à demanda espontânea, de atendimento as pessoas doentes, sendo baseado ainda nas ações médico curativas o que se contrapõe, aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Ou seja, não prioriza ações programáticas de saúde, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde. Portanto, o modelo vigente no Município contrapõe-se, aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Mesmo diante desse cenário, não há uma fórmula que leva a se efetivar a utilização do uso da informação em saúde para o planejamento e tomada de decisão pelos gestores e profissionais. Sugere-se, porém, que a gestão promova o fortalecimento de uma cultura informacional nas secretarias municipais e fomente um ambiente organizacional que consolide o uso da informação para a construção do conhecimento e o seu compartilhamento para subsidiar o processo decisório.

Constata-se que há diversos desafios a serem superados para implementar o uso da informação em saúde como ferramenta para o planejamento e tomada de decisão. Os resultados pontuaram para a ausência de tempo pela alta demanda de atendimentos, falta de apoio da gestão, desconhecimento da gestão sobre a relevância do uso da informação em saúde para o planejamento das ações e tomada de decisão, indicadores de saúde, monitoramento para a vigilância em saúde, ausência de recursos financeiros e trabalho em equipe.

Posto isso, sugerem-se duas propostas que refletem a intencionalidade de responder os principais limites identificados. Primeiro, a aplicação das diretrizes estipuladas nessa pesquisa e um acompanhamento durante determinado período do rendimento frente às atividades realizadas, e assim, outra comparação com os resultados baseados nos indicadores qualitativos dessas unidades. Segundo, o produto técnico, a construção do manual como um instrumento de trabalho que tem a finalidade de orientar a prática profissional de gestores e profissionais da APS, quanto ao uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e

tomada de decisão. Para isso, oferece, neste documento, o conteúdo teórico que subsidiará o processo de trabalho dos gestores e das equipes. Ao ser projetado, este manual visa sistematizar e normalizar conceitos, procedimentos, instruções de trabalho e fornecer orientações na atividade, através dos conceitos fundamentais de informação em saúde e sua relevância para o planejamento das ações e tomada de decisão, dados, principais sistemas de informações em saúde vinculados a APS considerando os de abrangência nacional e estadual, bem como as suas características e funcionalidades e as orientações técnicas para operação dos sistemas. Espera-se que o produto seja aplicado como instrumento de gestão e assistência, facilitando a consolidação do uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão no município e favorecendo a expansão das contribuições para diferentes contextos e realidades do SUS, oportunizando que a experiência seja replicada em outros municípios brasileiros.

Por fim, para superar os desafios e implementar o uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão, é necessário a conscientização dos gestores e profissionais de saúde a respeito da importância do uso adequado da informação em saúde para que esse processo seja contínuo e significativo para contribuir de maneira positiva e direta para as práticas de trabalho e processos decisórios dos gestores e profissionais que atuam na APS, potencializando qualidade dos serviços públicos que são ofertados à população.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, S.G. E. *et al.* Estratégia e-SUS atenção básica: dificuldades e perspectivas. **Journal of Health Informática**, São Paulo, p. 399-405. Edição Especial CBIS, 2020.

ANGELONI, M. T. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 32, n.1, p.17-22, 2003.

ANGELONI, M. T. **Technologies de transmission de l'information et consequences sur le processus des decisions des organizations**. Grenoble, France: Mémoire de DEA, École Supérieure des Affaires, 1992.

AZEVEDO, A. C.; CONEJERO, M. C. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e FocusGroup: alinhamento e contribuições para a pesquisa em Administração. *In: Seminários em Administração*, 19, 2016, São Paulo. Anais. São Paulo: FEA, USP, 2016. P. 1-13.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: 70; 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, F. P.; ALMEIDA, L. L. O planejamento em saúde no Brasil. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, 2017; 16: 43-50.

BORGES, M. E. N. A informação como recurso gerencial das organizações na sociedade do conhecimento. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 12-27, 1995.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 163-169

BRASIL. **IBGE - Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/piranhas/panorama>. Acesso em 24 de junho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, 2009. v. 1. Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Óbito**: manual de instruções para preenchimento. Brasília, DF: MS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Funda. **Portaria n.º 47, de 03 de maio de 2016**. Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2016/prt0047_03_05_2016.html Acesso em: 05 abril. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Funda. **Portaria n.º 73, de 09 de março de 1998**. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e no novo soft ware do Sinan. Boletim de Serviço da Funasa, Brasília, 20 mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 15/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acessado em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/2006**. Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html. Acesso em: 05/10/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html. Acesso em : 05/10/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.073, de 31 de agosto de 2011**. Regulamentação uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em

saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html#:~:text=Esta%20Portaria%20conforme%20normatiza%C3%A7%C3%A3o%20vigente%20do%20SUS,%20define%20a Acesso em: 01/04/2024..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.040, de 21 de junho de 1998**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 117, p. 102, 23 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3222, de 19 de dezembro de 2019**. Institui sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html. Acesso em: 01/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. SCPA: **Sistema de cadastro e permissão de acesso**: sistema. Brasília, DF: Ministério da Saúde, c2014a. 1 base de dados. Disponível em: <https://scpaweb-sistema.saude.gov.br/datasus-scpaweb-sistema/>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União 2013; 11 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 779, de 31 de dezembro de 2008**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 1, p. 38, 2 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.499, de 23 de setembro de 2019**. O registro de dados de aplicação de vacinas e de outros imunobiológicos a ser realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2499_24_09_2019.html. Acesso em : 23 de dez

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1708, de 16 de agosto de 2013**. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html. Acesso em : 23 de dez

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS **Atenção Primária à Saúde: Manual** do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Dados para Vigilância** : perfis das bases de dados produzida pela Vigilância em Saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf. Acesso em: 1 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019**: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2019_analise_situacao.pdf. Acesso em: 1 ago. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p. : il

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília – DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISCAN: Sistema de informação do câncer. Formulários do sistema. Versão 1.13.4.[Brasília, DF: Ministério da Saúde], 2020a. 1 base de dados. Disponível em: <http://siscan.saude.gov.br/formulario/listarFormulariosUsuarioPublico.jsf>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/publicacoes/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 05 abril. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 47, de 3 de maio de 2016**. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/32SwV08>. Acesso em: 03 fev. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 73, de 09 de maio de 1998**. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/publicacoes/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 05 abril. 2024.

BRASIL. **Secretaria de Informação e Saúde Digital**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi>. Acesso em: 10/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

BUCKLAND, M. K. Information as thing. **Journal of the American Society for Information Science (JASIS)**, v.45, n.5, p.351-360, 1991. Tradução Livre de LUCIANE. [https://www.cin.ufpe.br/~cjpgf/TECNOLOGIA%20%20material%20NAOCLASSIFICADO/Informacao%20como%20Coisa%20\(thing\).pdf](https://www.cin.ufpe.br/~cjpgf/TECNOLOGIA%20%20material%20NAOCLASSIFICADO/Informacao%20como%20Coisa%20(thing).pdf). Acesso em: 12 de fev. 2024.

CARDOSO, R. N.; SANTANA, S. R.; SANTOS, D. M. S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária a saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, 2021.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

CASTRO, R. C. F. **Comunicação científica na área de saúde pública: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento**. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. São Paulo: Ed. Senac São Paulo, 2003.

CIELO, A. C., *et al.* Implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. **Revista de Saúde Pública**. 56 2022.

CORRÊA, S. M. C. *et al.* As possíveis causas da não adesão à imunização no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, p. e7030-e7030, 2021.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. **Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde**. EPSJV, 2017.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. **Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital**, v. 5, 2011.

DECRETO nº 4.194, de 11 de abril de 2002. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. homepage na internet acesso em 01/03/2024. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/2002/D4194.htm>

FACCIN, D. *et al.* Planejamento em saúde no contexto municipal: uma abordagem integrada e orientada por dados. **Reas**. Vol.24 . 2024.

FAUSTO, M. C. R.; M. G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** EPSJV, 2007.

FERLA, A. A.; CECIM, R. B.; ALBA, R. D. Information, education and health care work: Beyond evidence, collective intelligence. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.

FERREIRA, C. M., *et al.* Sistema de informação na saúde: a importância do profissional de tecnologia da informação. Revista Acadêmica de Tecnologias em Educação, **Encruzilhada**, p. 1-7, 2020.

FERREIRA.S.C.. C.; SILVA.L.B.; MIYASHIRO. G. **Planejamento em saúde.** EPSJV, 2017.

FREITAS, H. M. R. *et al.* **Informação e Decisão: sistemas de apoio e seu impacto.** Porto Alegre: Ortiz, 1997.

GALVÃO, J. S. P.; SILVA S.M. H; MENDES, S.F. B. Tecnologias de saúde móvel para o aprimoramento do sistema de informações do Programa Nacional de Imunização–SIPNI. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, p. 224-239, 2020.

GARCIA, K. K. S.; MIRANDA, C. B.; SOUSA, F. N. E. F. Procedimentos para vinculação de dados da saúde: aplicações na vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 31.3 (2022).

GIOVANELA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, 34(8):11-15, 2018.

GRIN, José Eduardo (org.). **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro.** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, p. 366, 2021.

GUIMARÃES, C. Informação em saúde. **Dicionário Jornalístico.** EPSJV/Fiocruz. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Nomenclatura brasileira para laudoscitopatológicos cervicais.** 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/nomenclatura-brasileira-para-laudos-citopatologicos-cervicais-2012.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sistema de informação do câncer (Siscan)** : módulo 1 : apresentação, controle de acesso, fluxo de informação, integração com outros sistemas, vinculação / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. –Rio de Janeiro : INCA, 2021.

LIMA, A. A; PINTO E. D. S. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, 2017; 7(1): 53-62.

LIMA, C. R. A. *et al.* **A Experiência brasileira em Sistemas de Informações em Saúde**. vol. 1 Produção e disseminação de informações em saúde no Brasil Ed MS –Brasília- DF, pg. 110 e 123, 2009.

MARTINS. M. B.; CARONAI. D. Atenção primária à saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). **REAd. Revista Eletrônica de Administração** (Porto Alegre), 2022, 27: 725-748.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente: governantes governados**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MAZZOLI. M. B. L. C.; VICTORIA. D. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. p. 407. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da família**. Brasília, 2022. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 20 de junh. 2024.

MORAES, I. H. S. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Hucitec;1994.

MORENO, A.; MEDINA, C.; MUNCK, S. **Dicionário da educação profissional em saúde**. EPSJV/Fiocruz 2022.

MORENO. A. B.; COELI. C.M.; MUNCK. S. Informação em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde** 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

NETO. G.C.C.; CHIORO. A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021.

NETO. G.C.C.; ROSEMARIE. A.; CHIORO. A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. **Rev. Saúde Pública**. 2021; 55:93.

NOGUEIRA. A R. *et al.* O uso da inteligência artificial como ferramenta de apoio à gestão das ações em saúde na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Revista científica da escola Estadual de saúde pública de Goiás Candido Santiago**. 2022.

PEREIRA, G. B. S; TAVEIRA, L. M. Processo de implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica nas UBS do Distrito Federal- DF. **Revista Pró-Um**. 2020.

PEREIRA, I.; LIMA, J. C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, A. L. S; *et al.* Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto-Enfermagem** 25. 2016.

PINTO, I.C., *et al.* Os Sistemas de Informação em Atenção Primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. **Cad. Saúde Colet.**, v.2, n.18, Rio de Janeiro, p.291-297, 2010.

POUPART, J. A. entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. *In: A pesquisa qualitativa: enfoque epistemológicos e metodológicos*. Trad. Ana Cristina Nasser- Petrópolis: Vozes; 2008.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SANCHES, O. M. Estratégias para a implantação e gerencia de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.4, p.68-100, 1997.

SANTOS, B.R. Sistemas de informação em saúde: o quanto estamos avançados. Editorial, revista do **SUS RESS Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 32(2):e2022433, 2023.

SANTOS, V. C. B; DAMIAM, I. P. M; VALENTIN, M. L. P. A cultura organizacional como fator crítico de sucesso à implantação da gestão do conhecimento em organizações. **Informação & Sociedade**, 2019.

SARAIVA L.I.M, *et al.* Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 2021.

SCHIMITH. M. D. *et al.* **Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia de saúde da família: impactos em Santa Maria**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v.15, n. 1, p. 147-162, 2017.

SCHLICKMANN, M. H. S., LANZONI, G. M. D. M., ERDMANN, A. L. Cultura organizacional e características do planejamento em centros de saúde. **Rev. enferm. UFPE on-line**, 2022.

SILVA, A. M. **A informação: da compreensão do fenómeno e construção do objecto científico**. Porto: Afrontamento, 2006.

SILVA, B. S. *et al.* Condições de estrutura e processo na implantação do Sistema de Informação de Imunização do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180939, 2020.

SILVA, N. P. **A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio a disseminação das informações em saúde.** Rio de Janeiro: s.n., 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TAYLOR, Robert S. **Value added processes in information systems.** Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation., 1986.

TELES, *et al.* O planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 8, núm. 1, pp. 27-38, 2020.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.777-79

WETHERBE, J. C. Determining executives information requirements: better, faster and cheaper. **Cycle Time Research**, San Francisco, v.3, n.1, p.1-18, 1997.

APÊNDICE A – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Roteiro do Grupo Focal (GF)

Moderadoras:

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

Zeila Rodrigues Almeida Gomes Prado.

Critério/convite para participar do GF

Profissionais que atuam nos serviços de Atenção Primária em Saúde, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Piranhas – GO;

Amostra: 15 profissionais

Para compor a amostra:

Será realizado sorteio dos profissionais de saúde por grupos de categoria profissional para contemplar diferentes categorias profissionais participantes;

Será realizado sorteio dos profissionais de saúde por grupo de categoria profissional para contemplar diferentes categorias profissionais participantes;

Devem participar do sorteio profissionais que atuam na Atenção Primária à saúde do Município; Iniciar o grupo focal com uma mensagem de boas-vindas e agradecimento pela participação dos profissionais.

Pedir para os participantes apresentar a sua categoria profissional, sexo, escolaridade, tempo no serviço público e vínculo empregatício.

O GRUPO FOCAL

Perguntas norteadoras;

- 1) Quando eu digo: **Informação em saúde**, o que vem primeiro na cabeça de vocês?
- 2) e quando eu digo dados? O que são dados? Dados e informação são a mesma coisa?
- 3) Qual a importância dos dados para a APS? Qual é a importância das informações em saúde para a tomada de decisão?
- 4) O que é vocês entendem por planejamento em saúde?
- 5) A sua equipe planeja as ações com base no diagnóstico situacional do seu território?
- 6) Na sua opinião, quais as barreiras / o que dificulta o uso das informações em saúde para a tomada de decisão na equipe que você atua?

- 7) E em relação aos fatores que potencializam, ou seja, o que na sua equipe favorece o uso das informações em saúde para a tomada de decisão?
- 8) Nas reuniões de equipe são apresentados dados dos indicadores de saúde? A gestão promove a discussão dos resultados de indicadores de saúde e estimula o uso das informações pelas equipes?
- 9) A gestão da atenção primária organiza e adota ações de monitoramento dos indicadores de saúde?
- 10) Quais são os sistemas de informações que vocês conhecem?
- 11) Quais são os sistemas de informações utilizados por sua equipe?
- 12) Você conhece o Plano Municipal de saúde? O Plano está disponível na unidade de saúde?
- 13) O que você acredita que pode potencializar o uso das informações em saúde como ferramenta no planejamento das ações e na tomada de decisão na sua equipe?

Perguntas finais

- 1) Que comentário faria a esse grupo focal?
- 2) Há aspectos pertinentes que não tenham sido referidos neste grupo e que gostaria de abordar?

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Antes de iniciar a entrevista, foram coletadas as características dos entrevistados: Categoria profissional, sexo, escolaridade, tempo no serviço público e vínculo empregatício.

- 1) Na sua opinião, como se dá o uso das informações em saúde para a tomada de decisão nas equipes?
- 2) As equipes verificam os dados dos relatórios do sistema de informação e- sus? E com que frequência?
- 3) Na sua opinião, qual a importância do uso dos sistemas de informação na tomada de decisões na prática do seu trabalho?
- 4) Quais as ferramentas de informações são utilizadas para o planejamento das ações no território de atuação de sua unidade?
- 5) O que você acredita que pode ajudar para que sejam usadas informações em saúde como ferramenta no planejamento das ações e na tomada de decisão na sua equipe?
- 6) Como acontece o fluxo na sua equipe da coleta de dados, consolidação, análise dos dados e a disseminação das informações.
- 7) Na sua opinião quais estratégias de intervenção que profissional e gestão poderiam realizar para melhorar o processo de trabalho relacionado ao uso das informações para tomada de decisão?

APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Uso da informação em saúde como ferramenta para planejamento das ações e tomada de decisão: perspectiva dos profissionais da atenção primária”**. Desenvolvida pela pesquisadora Zeila Rodrigues Almeida Gomes Prado, enfermeira, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família-PROFSAÚDE, sob orientação da Professora Doutora Wania Maria do Espírito Santo Carvalho.

O nosso objetivo é investigar como os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde gerenciam as informações e as utilizam como ferramenta na tomada de decisão.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua contribuição se dará por meio da participação no Grupo Focal que será realizado na unidade de saúde no horário previamente combinado. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo que será dentro da carga horária de trabalho. O tempo de duração do Grupo Focal é de aproximadamente 2 horas.

Os riscos são pertinentes à privacidade e confidencialidade dos dados coletados no GF realizado com os profissionais. A forma utilizada para minimizar os riscos são obediência, de forma exigente, às normas éticas vigentes, de acordo com a legislação vigente. Assim, os participantes serão apresentados por números não aparecendo na gravação os seus nomes; as gravações serão apagadas após a transcrição, que devem ser organizadas e identificadas pela inicial das categorias profissionais respondente (enfermeira E) seguida da numeração (E1; E2; ...). Só a pesquisadora e sua orientadora terão acesso aos dados brutos. Os arquivos serão armazenados em computador pessoal com senha para acesso.



Outro risco é o incômodo e constrangimento que as questões podem provocar. Para minimizar esses riscos os participantes serão informados que podem não responder qualquer uma das questões formuladas ou se retirarem do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. A pesquisadora deverá garantir não apenas por meio do TCLE, mas também pessoalmente a confidencialidade das informações e o modo como serão armazenadas.

Quanto ao possível cansaço determinado pelo tempo de duração dos GF, aproximadamente 2 horas, a pesquisadora se compromete a conduzir de forma mais ágil para minimizar o desconforto.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

O(a) Senhor(a) pode se recusar a participar de qualquer procedimento e de responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

O(A) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas integralmente pelo orçamento da pesquisa.

O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Secretária Municipal de Saúde do Município de Piranhas-GO podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador, com os cuidados explicitados.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a pesquisadora Zeila Rodrigues Almeida Gomes Prado (64) 999594486 ou para a

orientadora da pesquisa Wania Maria do Espírito Santo Carvalho no telefone (61) 99964-6947, no horário de 08:00h às 17:00h, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: cep@fepecs.edu.br ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

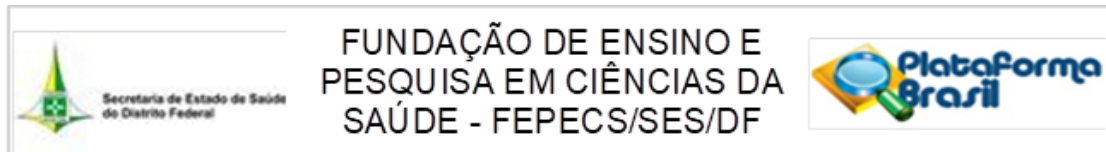
Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Zeila Rodrigues Almeida Gomes Prado e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DA INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA TOMADA DE DECISÃO: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PIRANHAS- GO

Pesquisador: ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69918723.0.0000.5553

Instituição Proponente: ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.264.630

Apresentação do Projeto:

1. Tipo de Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao programa PósGraduação Stricto Sensu em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF).

2. Instituição Proponente:

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

() Sim (X) Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem?

() Nacional () Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa?

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

() Patrocinada (X) Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es):

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?

45 Participantes

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:

ESF I - Limírio Pereira Vasconcelos

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASANORTE

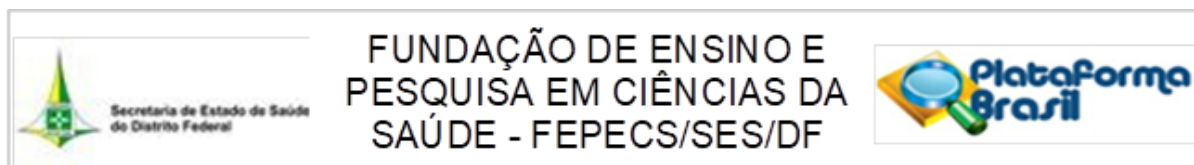
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.264.630

ESF II - José Teixeira de Sousa

ESF III - João Pereira Leite

ESF IV - Fernando Wanderley

10. Qual a População que será estudada:

RNs

Lactentes

Crianças

Adolescentes

Adultos

Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade?

Não

12. Hipótese(s):

O presente trabalho testará a seguinte hipótese: Os profissionais e gestores não utilizam as informações em saúde para o planejamento das ações em saúde e para a tomada de decisão.

13. Critério de Inclusão:

Profissionais e gestores da APS - enfermeiras, odontólogos, médicos, coordenador da atenção básica e superintendente de gestão em saúde, profissionais envolvidos no processo de coleta dos dados e das informações em saúde e no planejamento das ações e tomados de decisões na atenção primária;

Profissionais que atuam nas 4 equipes da ESF do Município;

14. Critério de Exclusão:

Profissionais que estiverem em gozo de férias, licença prêmio e outras ausências;

Profissionais admitidos no Município há menos de dois meses sem experiência prévia de atuação na APS.

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

Trata-se de um estudo de campo do tipo pesquisa – intervenção de abordagem qualitativa. A pesquisa intervenção caracteriza-se, na perspectiva da transversalidade, como uma metodologia de investigação que procura envolver os saberes de todos que compõem o campo de pesquisa, pensados como

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

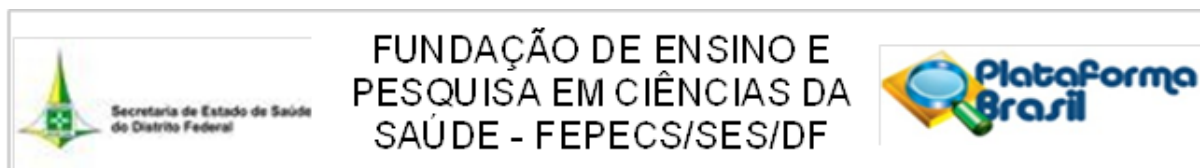
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.264.630

coautores de

uma prática de produção de conhecimento que nunca se separa do próprio processo de intervenção.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar como os profissionais que atuam na Estratégias de Saúde da Família gerenciam as informações e as utilizam como ferramenta na tomada de decisão.

Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento dos profissionais sobre o que é informação em saúde;
- Conhecer quais são os sistemas de informações que os profissionais conhecem;
- Descrever quais são os sistemas de informações que os profissionais utilizam;
- Identificar como os profissionais compreendem a relação entre dados, informação e planejamento;
- Investigar a compreensão dos profissionais acerca da importância das informações em saúde para a tomada de decisão no planejamento das ações;
- Contribuir com o serviço de saúde do Município sobre a utilização de informações para o planejamento das ações de saúde.

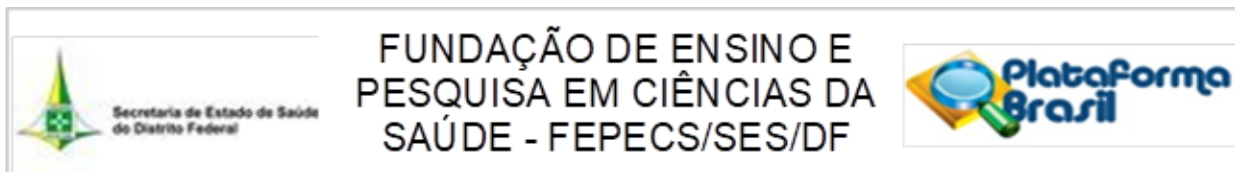
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa envolve riscos para os participantes e cabe ao pesquisador encontrar meios para minimizá-los. Sobre os riscos pertinentes à privacidade e confidencialidade dos dados coletados no GF com os

profissionais, a forma utilizada para minimizar são obediência, de forma exigente, às normas éticas vigentes, de acordo com a legislação vigente. Assim, será resguardada a identidade dos profissionais, que devem se apresentar por números. As gravações do GF serão apagadas após a transcrição, que devem ser organizadas e identificadas pela inicial das categorias profissionais respondente (enfermeira E)

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.264.630

seguida da

numeração (E1; E2;...). Só a pesquisadora e sua orientadora terão acesso aos dados brutos. Os arquivos serão armazenados em computador pessoal com senha para acesso.

Outro risco é o incômodo e o constrangimento que as questões podem provocar. Para minimizar esses riscos os participantes serão informados que podem não responder qualquer uma das questões formuladas ou se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. A pesquisadora deverá garantir, não apenas por meio do TCLE, mas também pessoalmente a confidencialidade das informações e o modo como serão armazenadas.

Quanto ao possível cansaço determinado pelo tempo de duração dos GF, aproximadamente de 2 horas, a pesquisadora se compromete a conduzir de forma mais ágil para minimizar o desconforto.

Benefícios:

Os profissionais de saúde poderão se beneficiar com o aprendizado decorrente do processo investigativo, o que consequentemente beneficiará a população. Propiciará ainda informações que poderão contribuir para qualificar a assistência ofertada aos usuários da APS, subsidiando a realização de intervenções oportunas e adequadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1.Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: Apresentada
- 2.Relevância social: Apresentada
- 3.Processo de recrutamento: Apresentada
- 4.Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: Apresentada
- 5.Processo de obtenção do TCLE: Adequado
- 6.Justificativa de Dispensa do TCLE: Não se aplica
- 7.Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: Apresentado
- 8.Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: Não se aplica
- 9.Orçamento para realização da pesquisa: Apresentado

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASANORTE

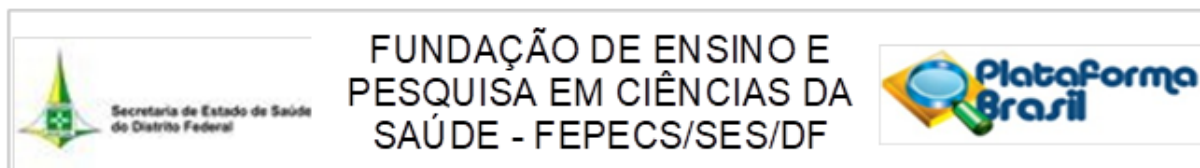
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.264.630

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa em terceira versão após parecer consubstanciado 6.186.619.

Resposta de pendência adequada.

Projeto aprovado.

*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:



- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

*** Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASANORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

 <p>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal</p>	FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS/SES/DF	
--	---	---

Continuação do Parecer: 6.264.630

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_212/102.pdf	16/08/2023 07:56:22		Aceito
T.CLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	T.CLE_Correcao.pdf	16/08/2023 07:55:22	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	Roteiro_Grupo_Focal_Zeila.pdf	16/08/2023 07:53:22	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_as_pendencias.pdf	16/08/2023 07:52:45	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Declaração de concordância	termo_deconcordancia.pdf	15/05/2023 11:38:11	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	curriculo_assistente.pdf	13/05/2023 10:31:24	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_brochurainvestigador.pdf	07/05/2023 11:42:59	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	TermoCompromiso.pdf	26/04/2023 20:57:45	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	Cartaencaminhaeo.pdf	26/04/2023 20:56:31	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
T.CLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	T.CLEZeila.pdf	26/04/2023 20:37:20	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Brochura Pesquisa	20230420projetozeila.pdf	26/04/2023 20:37:01	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha derostoassinaturacoordenador.pdf	26/04/2023 20:36:45	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito

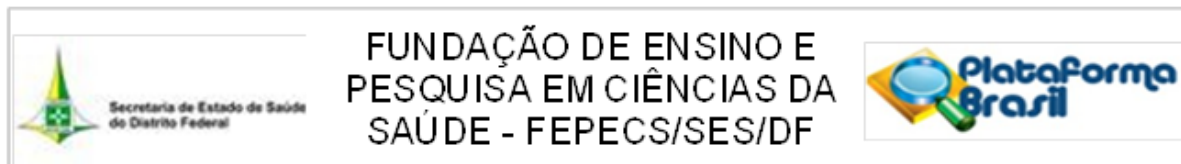
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br




Continuação do Parecer: 6.264.630

BRASILIA, 28 de Agosto de 2023


Assinado por:
Maria Cristina de Paula Scanduzzi
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

**FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF**



Continuação do Parecer: 6.264.630

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_212/102.pdf	16/08/2023 07:56:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Correcao.pdf	16/08/2023 07:55:22	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	Roteiro_Grupo_Focal_Zeila.pdf	16/08/2023 07:53:22	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_as_pendencias.pdf	16/08/2023 07:52:45	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Declaração de concordância	termo_deconcordancia.pdf	15/05/2023 11:38:11	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	curriculo_assistente.pdf	13/05/2023 10:31:24	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_brochurainvestigador.pdf	07/05/2023 11:42:59	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	TermoCompromiso.pdf	26/04/2023 20:57:45	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Outros	Cartaencaminhaeo.pdf	26/04/2023 20:56:31	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLZEila.pdf	26/04/2023 20:37:20	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Brochura Pesquisa	20230420projetozeila.pdf	26/04/2023 20:37:01	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinaturacoordenador.pdf	26/04/2023 20:36:45	ZEILA RODRIGUES ALMEIDA GOMES PRADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br