



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CIBELE DE PAIVA MENEZES CARVALHO

A GESTÃO DA INFORMAÇÃO, DO REGISTRO AO INDICADOR, NA SAÚDE
BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ANÁPOLIS/GO

BRASÍLIA/DF

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CIBELE DE PAIVA MENEZES CARVALHO

A GESTÃO DA INFORMAÇÃO, DO REGISTRO AO INDICADOR, NA SAÚDE
BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ANÁPOLIS/GO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca
Júnior

BRASÍLIA/DF

2021

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade diária de estar em evolução pessoal e espiritual.

À minha família, pelo incentivo, apoio, compreensão e amor incondicional.

Ao meu orientador Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior, pela oportunidade do aprendizado único.

Aos companheiros e colegas de turma do mestrado, em especial à Domingas pela parceria, apoio, ajuda e momentos de alegria.

E a todos que de alguma forma contribuíram pela realização dessa dissertação.

EPÍGRAFE

“Toda modificação para melhor reclama luta,
tanto quanto qualquer ascensão exige esforço”.

(Emmanuel psicografado por Chico Xavier)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da informação no planejamento estratégico da Saúde Bucal da ESF	24
Gráfico 1 - Demonstrativo da proporção de expressões ou respostas obtidas dentro do contexto de cada instrumento de coleta de dados já utilizado ou em utilização pela Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO.....	29
Gráfico 2 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema Ficha D	29
Gráfico 3 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema e-SUS	30
Gráfico 4 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema Prontuário Eletrônico (PE)	30
Gráfico 5 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema capacitações	31
Gráfico 6 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema informatização	31
Gráfico 7 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema entrega dos registros.....	32
Gráfico 8 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema problemas do SISAB.....	32
Gráfico 9 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema utilização da informação	32
Gráfico 10- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema formação de indicadores	34
Gráfico 11- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema feedback	34

Gráfico 12- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema planejamento	34
Gráfico 13- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema orientações da gestão.....	36
Gráfico 14- Demonstrativo da proporção de conceitos de GI expressados corretamente (SIM) e incorretamente (NÃO) pelos gestores da SEMUSA	36
Gráfico 15- Demonstrativo da proporção de expressões ou respostas obtidas com contexto de Frustrações e Comprometimento Pessoal dentro do universo do total das expressões analisadas	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT1, sendo que unidade de análise representa cada expressão ou resposta obtida durante as entrevistas	29
Quadro 2- Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT2	31
Quadro 3- Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT3	33
Quadro 4- Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT4	35
Quadro 5- Expressões que demonstram a evolução da formação acadêmica dos profissionais de saúde.....	41
Quadro 6- Exemplos de expressões obtidas em relação às orientações da gestão com contextos favoráveis ou positivos e desfavoráveis ou negativos...	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
AC – Análise de Conteúdo
APS – Atenção Primária à Saúde
CT – Categoria Temática
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB – Estratégia para a informatização da atenção básica da saúde
e-SUS AB CDS – Software para Coleta de Dados Simplificada
e-SUS AB PEC – Software com Prontuário Eletrônico do Cidadão
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
GI – Gestão da Informação
LAI – Lei de Acesso à Informação
MS – Ministério da Saúde
NOB/SUS 96 – Norma Operacional Básica de 1996
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
Participa SUS – Política para propiciar maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do SUS.
PE – Prontuário Eletrônico
PNGTS – Política Nacional de Gestão e Tecnologias em Saúde
PNIIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PSF – Programa Saúde da Família
SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS – Sistema de Informação do Programa Agentes Comunitários de Saúde
SISAB – Sistema de Informação para a Atenção Básica
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNB – Universidade de Brasília

RESUMO

A pesquisa apresenta como a Gestão da Informação (GI) é desenvolvida e qual a influência desta nas tomadas de decisão, relativas ao Planejamento Estratégico, da Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO. Para atingir tal objetivo foram analisados os seguintes processos: a coleta de dados pelos Cirurgiões-Dentistas, ou seja, como a informação é registrada; o processamento dos dados pelo Setor de Informação para a Atenção Básica (SISAB), e a formação e utilização dos indicadores pelos gestores. A investigação foi conduzida por meio de entrevistas à profissionais da assistência, da Tecnologia da Informação e da Coordenação da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO; roteiros semiestruturados foram usados como instrumento de coleta de dados e a Análise de Conteúdo de Bardin como técnica de interpretação dos dados coletados. O presente estudo se justifica ao abrir espaço para a discussão da importância da GI no processo de tomada de decisão gerencial dos municípios brasileiros, tendo como base a real situação de sua população, o que facilita o complexo trabalho de fortalecimento das ações e processos de saúde de qualidade no SUS. Os resultados permitiram o entendimento: dos aspectos favoráveis e desfavoráveis dos instrumentos de coleta de dados utilizados pelos profissionais da assistência e o papel das capacitações e da informatização na aceitação ou rejeição desses instrumentos; da logística de agrupamento dos dados pelo SISAB e quais os maiores entraves quando da tabulação desses dados; do processo de formação dos indicadores e o papel deles no planejamento das ações da assistência e da gestão; e das relações interpessoais (assistência-gestão) e intrapessoais (frustração e comprometimento pessoal) na Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO. Portanto, foi possível identificar a ausência de um processo institucionalizado de formação de indicadores de saúde, sendo que a maioria dos dados registrados pelos profissionais da assistência e digitalizados pelo SISAB tem apenas função burocrática e financeira. Consequentemente, as decisões da gestão são automáticas e sem embasamento estatístico ou científico. Além disso, a análise de conteúdo das entrevistas realizadas revelou a dualidade de sentimentos que é trabalhar na saúde pública brasileira, uma mistura de prazer e sofrimento. Outros estudos são necessários para acompanhar a mudança imposta pelo “Previne Brasil”, já que a formação de indicadores de saúde passa a ser obrigatória para o recebimento de recursos financeiros.

Palavras-chaves: Gestão da Informação, Saúde Bucal, Tomada de Decisão, Indicador.

ABSTRACT

The research presents how the Information Management (IM) is developed and its influence on the Anápolis/GO Family Health Strategy (FHS) Oral Health decisions making related to Strategic Planning. In order to reach this objective, it analyzed the following processes: the Dental Surgeons data collection, which is how the information is recorded; the data processing by the Primary Care Information Sector (SISAB), and the indicators formation and use by the managers. The investigation was conducted through interviews with Anápolis/GO FHS Oral Health care, information technology and coordination professionals; semi-structured questionnaires were used as data collection instrument and Bardin Content Analysis as collect data interpretation technique. The present study is justified by opening space for IM importance discussion in the Brazilian municipalities management decision-making process, based on the real situation of its population, which facilitates the SUS quality actions and processes strengthening complex work. The results allowed understanding: the favorable and unfavorable aspects of data collection instruments used by healthcare professionals and the role of training and informatization in the acceptance or rejection of these instruments; the data grouping logistics by SISAB and what are the biggest obstacles when tabulating these data; the indicators formatting process and their role at the health care and management actions planning ; interpersonal (health care - management) and intrapersonal (frustration and personal commitment) relationships in the Anápolis/GO FHS Oral Health care. Therefore, it was possible to identify the indicators formation institutionalized process absence and the majority of the SISAB digitized and health care professionals registered data has only bureaucratic and financial function. Consequently, management decisions are automatic and without statistical or scientific basis. In addition, the conducted interviews content analysis revealed the dual feeling that it is to Work in Brazilian public health, a suffering and pleasure mixture. Further studies are needed to monitor the change imposed by “Previne Brasil”, since the health indicators formation becomes mandatory for the financial resources receiving.

Keywords: Information Management, Oral Health, Decision Making, Indicator.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO.....	16
2.1. Geral	16
2.2. Específicos.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1. Evolução organizacional da gestão no SUS	17
3.2. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no SUS	20
3.3. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).....	21
3.4. Indicadores de Saúde	23
4. METODOLOGIA	25
5. RESULTADOS	28
6. DISCUSSÃO.....	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE I – Roteiro para Cirurgiões-Dentistas	56
APÊNDICE II – Roteiro para o SISAB	57
APÊNDICE III – Roteiro para a Coordenação da Saúde Bucal.....	58
ANEXOS I – Termo de Concordância	59
ANEXO II – Aceite Institucional	60
ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	61
ANEXO IV - Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para Fins Científicos e Acadêmicos	64
ANEXO V - Ficha D	66
- Frente.....	66

- Verso	67
ANEXO VI - Ficha de Atendimento Odontológico Individual.....	68
- Frente.....	68
- Verso	69

APRESENTAÇÃO

O trabalho aqui apresentado é resultado dos estudos e pesquisas realizados com a finalidade de se obter o grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, almejando o alcance do ideal da Reforma Sanitária Brasileira e defendendo os princípios e a correta estruturação do SUS.

Em formato dissertativo, o trabalho está organizado em capítulos. Sendo que o primeiro, a introdução, traz o contexto cronológico e normativo onde o tema do presente estudo, a Gestão da Informação, faz-se importante ferramenta de gestão pública no setor da saúde.

O segundo capítulo descreve o objetivo geral e os específicos que nortearam a pesquisa realizada. Em seguida, tem-se o referencial teórico contendo uma revisão bibliográfica dos pilares organizacionais da Gestão da Informação no SUS.

A metodologia apresenta o delineamento do estudo, o cenário e a seleção dos participantes da pesquisa, os procedimentos de coleta e análise dos dados, além dos aspectos éticos.

O capítulo dos resultados descreve, por meio da ferramenta gráfica, o cenário encontrado na Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO quando da análise temática do conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais da assistência, do SISAB e da gestão da SEMUSA.

Já o capítulo da discussão traz a relação dos resultados encontrados com o conhecimento científico já consolidado, avaliando o significado e o impacto desses resultados, além da interpretação e análise crítica do pesquisador. Analisa-se os aspectos favoráveis e desfavoráveis dos processos que compõem a Gestão da Informação na Saúde Bucal da ESF, destacando a fragilidade estrutural e da infraestrutura do setor de saúde pública brasileiro que acaba por levar à subutilização de ferramentas gerenciais importantes para a administração pública.

As considerações finais mostram que a pesquisa realizada cumpriu com seus objetivos ao retratar, dentro de uma abordagem qualitativa, o cenário encontrado da Gestão da Informação na Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 positiva o direito à saúde por todos e o torna dever do Estado, através do acesso universal e igualitário a ações e serviços que garantam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Visando atender tal dispositivo constitucional, estabelece-se a constante necessidade de aprimoramento da gestão e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população (ANDRETT et al., 2018).

A administração pública almeja, dentre outros objetivos que caracterizam o exercício da governança, a aplicação eficiente dos recursos públicos recebidos pelo setor de saúde, que está entre os principais setores receptores de recursos. Com isso, a efetividade dos serviços e políticas públicas de saúde são alcançadas, o agravo da desigualdade social é evitado com a maximização dos valores sociais, e melhora-se a qualidade de vida para sua população ao se atingir os objetivos produtivos (SANTOS e ROVER, 2018; SILVA, MORETTI e SHUSTER, 2016).

O cenário descrito caracteriza o grande desafio dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, prestar serviços de saúde de qualidade e pautados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, considerando os recursos financeiros limitados que são disponibilizados para a saúde no Brasil (ANDRETT et al., 2018).

Nesse contexto, o planejamento e o monitoramento constantes dos serviços de saúde ofertados fazem-se necessários para que haja detecção e correção de distorções (ANDRETT et al., 2018). Nirazawa e Oliveira (2018) reforçam tal imposição ao relatar que “sob o ponto de vista da administração pública, o monitoramento de dados é importante e necessário para acompanhar o progresso das ações, melhorar a transparência na prestação de contas e demonstrar os impactos das ações”.

Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 96), os municípios brasileiros passaram do papel de mero coletores de dados ao papel de responsáveis pelas tomadas de decisões na implementação da política de saúde. As informações que antes eram subutilizadas pelos gestores municipais, agora precisavam ser confiáveis e disponíveis de maneira célere para subsidiar o planejamento estratégico dos municípios (PINHEIRO et al., 2016; BRASIL, 1997).

Portanto, surge a necessidade da presença da Gestão da Informação (GI) na área da saúde, ao passo que ela possibilita aos gestores a agregação de valor à informação para que ela funcione como apoio do planejamento estratégico, maximizando a qualidade do processo decisório. Já que, quando os dados coletados são relacionados entre si e passam a formar indicadores, tornam-se instrumentos úteis para a tomada de decisão (SANTOS, BIAGGI e DAMIAN, 2019).

Os gestores municipais precisam tomar a GI como ferramenta de gestão imprescindível, realizando acompanhamento rotineiro das informações relevantes através de monitoramento sistemático e contínuo, que verifica a existência de mudanças e inclui temporalidade para a coleta de dados e sistematização de indicadores de saúde. Tudo isso para a obtenção de informações em tempo oportuno e que subsidiem a tomada de decisões (CARVALHO e SHIMIZU, 2017; MARTINS, SILVA e MARQUES, 2016; MATOS, VIEIRA e FRANCO, 2015; OLIVEIRA, FALEIROS e DINIZ, 2015).

A informação torna a gestão dinâmica ao possibilitar o monitoramento financeiro e administrativo das políticas públicas em saúde, ao mesmo tempo que identifica problemas individuais e coletivos do quadro sanitário da população, tornando-se ferramenta na efetividade dos princípios constitucionais e legais na área da saúde (BRASIL, 2016).

Dados de qualidade indicam a real situação da saúde da população, revelando decisões assertivas e prioridades de investimentos equivocadas. Além disso, subsidiam os esforços para a mitigação das desigualdades em saúde e para a maximização do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados (BRASIL, 2016).

Porém, percebe-se que há pouca utilização das ferramentas informacionais por parte dos gestores municipais. Dentre os fatores que contribuem para tal situação tem-se o fato de que a gestão em saúde se dá por uma lógica fragmentada e vertical, com pouca sintonia à diversidade do quadro da saúde da população Brasileira, decorrente de instrumentos normativos e técnicos, orientadores da gestão local, insuficientes para que se atinja o modelo descentralizado do SUS esperado (QUITES, 2016; OLIVEIRA, FALEIROS e DINIZ, 2015).

Os municípios operacionalizam políticas de saúde concebidas na União ou nos Estados, portanto, as informações internas são utilizadas somente para fins burocráticos e financeiros (QUITES, 2016; OLIVEIRA, FALEIROS e DINIZ, 2015).

O fato é que em boa parte dos municípios brasileiros os sistemas de informação são subutilizados no processo organizacional das ações e serviços de saúde, já que eles

cumprem atribuição delegada por outras esferas do governo. Além disso, há a geração insuficiente de informação, a falta de intimidade com o Sistema de Informação em Saúde (SIS) e a adoção de decisões automáticas, pouco pensadas (QUITES, 2016).

O SIS permite que os gestores da saúde controlem as ações e serviços prestados por meio de indicadores locais, ao constituir mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, facilitando, assim, a formulação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde (ALMEIDA et al., 2015).

O município de Anápolis em Goiás chamou a atenção do Brasil ao se destacar quanto ao planejamento da saúde bucal e ser premiado por três anos consecutivos, 2011 a 2013, com o Brasil Sorridente, estando a frente das outras cidades goianas e entre os três melhores municípios brasileiros com população acima de 300 mil habitantes. Ele foi pioneiro no atendimento odontológico domiciliar e conta também com atendimento na zona rural, programas de saúde bucal copiados e implantados até por outros países da América Latina (CFO, 2013).

Toda a reestruturação da saúde bucal de Anápolis, aumentando o quantitativo de profissionais e equipamentos, perpassou por alto investimento público e planejamento para atingir tal destaque nacional. Porém, outro fator que chama a atenção é o fato de que os profissionais da saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, desde sua implantação em 2001, são contratados por meio de processo de credenciamento para prestação de serviços, sem qualquer direito trabalhista garantido. Juridicamente eles não são servidores do município e sim licitantes já que a relação dos profissionais de saúde com a prefeitura é regida pela Lei nº 8.666/93, não gerando nenhum vínculo empregatício (ANÁPOLIS, 2020).

Dessa forma, o pesquisador estuda o planejamento estratégico da saúde bucal da ESF de Anápolis para esclarecer como a tomada de decisão é realizada e qual o posicionamento da GI no processo gerencial, para que se alcance destaque nacional mesmo com vínculos empregatícios precários.

Visando consolidar a política do SUS, o presente estudo justifica-se ao dar a oportunidade de discussão da importância da GI no processo de tomada de decisão gerencial dos municípios brasileiros, tendo como base a real situação de sua população, o que facilita o complexo trabalho de fortalecimento das ações e processos de saúde de qualidade no SUS (ALMEIDA et al., 2015).

O SUS demonstra grande fragilidade na GI, que está dentre as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do sistema. Embora haja um grande volume de dados

e informações, o seu uso é insatisfatório nos processos de aperfeiçoamento da gestão, gerando uma carência organizacional cada vez maior de informações básicas (BORGES, 2014).

Diante desse panorama, esta investigação pretende questionar: Como se dá o processo de captação de dados, desenvolvimento de indicadores e utilização da informação na saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO?

2. OBJETIVO

2.1. Geral

Analisar o processo de captação de dados, desenvolvimento de indicadores e utilização da informação na saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO.

2.2. Específicos

- Compreender o processo de geração dos dados da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO formados pelos registros dos Cirurgiões-Dentistas;
- Investigar o processo de coleta e processamento dos dados realizado pelo Setor de Informação para Atenção Básica (SISAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO (SEMUSA);
- Entender o processo de formação e utilização dos indicadores da saúde bucal pela SEMUSA;
- Interpretar a importância da GI no planejamento estratégico da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Evolução organizacional da gestão no SUS

O processo de construção normativa do SUS tem início na Constituição Federal do Brasil de 1988 em seus artigos 196 a 200. Concretiza-se uma conquista social com a inclusão da saúde como direito garantido a todos e ofertado pelo Estado, através de políticas que garantam o acesso à saúde de forma universal e igualitária. Além disso, deixa-se claro que a função de monitorar, avaliar e controlar as ações e serviços de saúde prestados é designada ao poder público (BRASIL,1988).

A seguir constata-se a implementação das diretrizes constitucionais, regulamentadas em 1.990 pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90. Sendo que a primeira dispõe sobre a organização, as condições e o funcionamento dos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a segunda sobre a participação social na gestão e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no SUS (BRASIL,1990).

As Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, foram as próximas iniciativas institucionais no sentido de regulamentar o SUS, definindo estratégias para orientar a operacionalidade do sistema e, a cada edição, avançando no processo de descentralização da gestão. Meta alcançada com a NOB/SUS 96 que consolida a gestão municipal da saúde, reordenando o modelo de atenção à saúde ao tornar o município responsável de fato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população (BRASIL,1996).

A partir de então a administração federal passa aos municípios o poder da tomada de decisão, com a gestão ampla da informação e não só a geração de dados. Porém, a efetivação da descentralização política do SUS acaba por gerar uma lógica de oferta de serviços fragmentada. Assim, com intuito de corrigir esse desvio da gestão pública e propiciar maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do SUS, a administração federal inicia a formulação de políticas de organização do sistema de saúde com o Participa SUS (BRASIL,2009).

Com o objetivo de alcançar maior eficácia, eficiência e efetividade na gestão da saúde, tendo o compromisso da equidade na oferta e utilização dos serviços públicos para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve conseguir aliar a gestão

descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a gestão estratégica e participativa deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sempre aliada ao conjunto de seus princípios e diretrizes. E para atingir essa meta de governança pública, algumas ações são essenciais aos gestores municipais: desenvolver o processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da secretaria municipal de saúde; gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises; operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação (BRASIL, 2009).

O próximo passo na organização do SUS é a Política Nacional de Gestão e Tecnologias em Saúde (PNGTS) que dispõe sobre um conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Sendo que essas tecnologias são representadas por medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2011).

O principal objetivo da PNGTS é, através da sistematização e disseminação de informações, ampliar a produção de conhecimentos científicos para subsidiar a tomada de decisão dos gestores quanto à incorporação e retirada de tecnologias no sistema de saúde, otimizando, assim, os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, além de assegurar o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade (BRASIL, 2011).

Considerando que grande parte da atividade da área de saúde está no processamento da informação e que a Gestão da Informação (GI) passou a ocupar lugar estratégico atendendo a complexas decisões do gestor público de saúde, a administração federal instituiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), somando esforços na organização do SUS (BRASIL, 2016).

A PNIIS traz orientações para os gestores públicos no sentido de nortear a organização da GI, através de princípios e diretrizes que levam a amparar um processo de tomada de decisão que condiz com a real situação da saúde da população. Dentre essas diretrizes tem-se a transparência e a segurança da informação em saúde, a melhoria da

qualidade e do acesso ao sistema de saúde brasileiro e o acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão (BRASIL, 2016).

Além disso, a efetivação da PNIIS almeja ainda a melhoria da governança dos recursos de informática, tendo como foco a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde e a integração às diretrizes da Lei de Acesso à Informação (LAI) e do Governo eletrônico (BRASIL, 20016).

Dentro desse contexto, torna-se imprescindível melhorar a eficiência, a qualidade e a fidedignidade das informações em saúde registradas, a fim de que haja a potencialização do alcance a benefícios para a coletividade no que se refere ao controle social e à democratização da informação e da comunicação em saúde (BRASIL, 20016).

Portanto os gestores municipais devem se apropriar de uma GI em saúde integrada, geradora de conhecimento, por meio da sistematização da informação, o que facilita o acompanhamento financeiro e administrativo das políticas públicas em saúde e, conseqüentemente, propicia o diagnóstico das necessidades e demandas por serviços de saúde da população (BRASIL, 2016).

A publicação da Portaria MS/GM 2.979, em 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil e impõe a necessidade de gestores municipais implantarem ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde por meio de uma GI atuante e fortalecida, já que define critérios de financiamento da saúde que passam pelo cadastramento da população atendida e pelo alcance de indicadores pré-estabelecidos. Ademais, estabelece punições com suspensão da transferência de incentivos financeiros, quando da constatação de irregularidades como fraudes ou informações irregulares de metas e indicadores (MS/GM, 2019).

Segundo Harzheim 2020, o Programa Previne Brasil procura colocar a saúde brasileira na modernização que nos foi imposta no século 21, com suas mudanças sociais e culturais, inovando a organização dos serviços prestados à população com o encorajamento cada vez maior da informatização. Essa estratégia visa tornar o acesso à saúde efetivo, produzir melhores resultados e aprimorar a equidade, trazendo uma ampla transparência dos resultados atingidos e possibilitando medir o sucesso das políticas públicas sem ambigüidade.

3.2. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no SUS

SIS são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “instrumentos que integram a coleta, o processamento, o armazenamento, a comunicação e o uso de informações fundamentais para aperfeiçoar a eficácia e a eficiência dos serviços, por meio de uma melhor gestão a todos os níveis de saúde”. Desse modo, os SIS se apresentam como suporte essencial à gestão, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (ASTOLFO e KEHRIG, 2017).

A informação, produto dos SIS, é fundamental na tomada de decisão que conduz ao desenvolvimento de ações e serviços que impactam na situação da saúde, já que possibilita a produção de indicadores e a identificação de necessidades específicas. Portanto, os SIS são uma tecnologia moderna que visa o aprimoramento do processo de trabalho e de cuidado, integrando os meios de comunicação com segurança e fornecendo conhecimento das demandas e necessidades (SILVA et al., 2016).

Os dados isolados são apenas propriedades das coisas. Quando eles são sistematizados e organizados em forma de informações, ganham valor e possibilitam a interpretação de eventos ou fenômenos e, conseqüentemente, a construção do conhecimento e da decisão (PINHEIRO et al., 2016).

Não basta conhecer os SIS e saber da sua importância se eles não forem aplicados no processo de trabalho. Para que isso aconteça é necessária a capacitação permanente tanto de gestores quanto de profissionais da saúde, atingindo, assim, a correta utilização e valoração dos dados ao transformá-los em informação, base para a elaboração de planejamentos estratégicos nos serviços de saúde (SILVA et al., 2016).

Os SIS precisam se portar como extensão do Prontuário Eletrônico (PE), atendendo não somente as necessidades individuais como as coletivas, ao registrar ações efetuadas no serviço e fornecer dados imprescindíveis para o conhecimento da realidade em que se está intervindo (PINHEIRO et al., 2016).

Um sistema de dimensão universal, tão complexo e extenso como o SUS precisa estar inserido em uma GI informatizada com SIS articulados e que atendam às necessidades informacionais das práticas de gestão, ou seja, monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde (GAVA et al., 2016).

3.3. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)

Em 1993 foi implantado o primeiro sistema de informação em saúde para a atenção básica, o Sistema de Informação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), com coleta de dados de populações que possuíam seus Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2009).

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1998, o SIPACS foi substituído pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em uma ação conjunta da então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE (BRASIL, 2009).

O SIAB, criado para acompanhar as ações e as atividades realizadas pelas equipes do PSF, representou um avanço concreto no campo da informação em saúde ao incorporar em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária e possibilitar a consolidação progressiva e utilização mais ágil da informação, além de produzir indicadores (BRASIL, 2009).

Por meio do SIAB era possível obter informações sobre as famílias cadastradas, suas condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes do PSF, porém não havia articulação com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção (BRASIL, 2009).

O SIAB além de se portar como um banco de dados da Estratégia de Saúde da Família (ESF), antigo PSF, possibilita o repasse de recursos financeiros aos municípios, formando um elo de informação com o Ministério da Saúde. Todavia, esse sistema não deve estar restrito à essa finalidade (SANTOS, 2017).

Esse sistema tem como instrumento de coleta e consolidação dos dados algumas fichas que precisam de correto preenchimento para que se garanta o cumprimento do fluxo dos dados, passando pelo processamento, consolidação, análise e difusão. Só assim tem-se a formação da informação que irá contribuir com a gestão, servindo de embasamento para a tomada de decisão (SANTOS, 2017).

Em 2013 o Ministério da Saúde (MS) lança uma estratégia, o e-SUS AB, passando a operacionalizar um novo sistema, o Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB), em substituição ao SIAB que sofria com a desatualização do sistema, a ineficácia da coleta e interpretação dos dados e múltiplos instrumentos de coleta de dados (MEDEIROS et al., 2017).

Ademais, o SIAB não permitia interoperabilidade entre os diversos sistemas da rede de atenção à saúde, impedindo, assim, o estabelecimento de padrões quando da comparação do mesmo campo em bases distintas e, conseqüentemente, gerando duplicidade de dados, perda de tempo e de recursos financeiros (ASTOLFO e KEHRIG, 2017).

A Estratégia e-SUS AB objetiva o alcance da interoperabilidade, ou seja, que dois ou mais sistemas trabalhem em conjunto, ao mesmo tempo ou em um curto espaço de tempo, articulando dados de diversos setores para amparar a tomada de decisão coerente com as reais necessidades da população. Dessa forma, o SISAB pretende abandonar o histórico brasileiro de SIS centralizados, verticalizados e fragmentados, com produção de dados sem qualidade e avaliação inadequada (ASTOLFO e KEHRIG, 2017).

O e-SUS AB foi criado para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), informatizando gradativamente as unidades básicas de saúde e reduzindo o processo de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação ao permitir que a coleta de dados se insira no cotidiano de atividades dos profissionais (CONASS,2013).

De acordo com o CONASS, 2013 o e-SUS AB oferece dois desenhos de implantação:

- e-SUS AB CDS - Software para Coleta de Dados Simplificada: permitiria o registro integrado e simplificado através de fichas de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar, informações estas que vão compor o SISAB.
- e-SUS AB PEC - Software com Prontuário Eletrônico do Cidadão: permitiria a gestão do cadastro dos indivíduos no território, organizar a agenda dos profissionais da AB, realizar acolhimento à demanda espontânea, atendimento individual e registro de atividades coletivas (CONASS, 2013, p. 4).

Além disso, esses desenhos são flexíveis podendo ser adaptados à realidade de cada município de acordo com a qualidade da internet e o grau de informatização do local. Assim sendo, com a utilização da versão com coleta de dados simplificada, da versão com prontuário eletrônico ou de ambas as versões, nas diferentes etapas do processo de trabalho (CONASS,2013).

O sistema CDS comparado ao SIAB possui um quantitativo menor de fichas a ser preenchido, os dados são individualizados por paciente atendido e não consolidados por equipe, além de disponibilizar relatórios mais dinâmicos, ou seja, que podem apresentar dados por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, estado ou nacional (CONASS,2013).

Já o e-SUS AB PEC oferece um sistema para a informatização das unidades de saúde através do prontuário eletrônico, integrando toda a rede de atenção de saúde desde o cadastro e territorialização, passando pela agenda e atendimento clínico, até o apoio à gestão e exportação de informações (CONASS,2013).

3.4. Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde são medidas-síntese que têm como função facilitar a quantificação e a avaliação de informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, acesso a serviços, qualidade da atenção prestada e desempenho do sistema de saúde. Portanto, quando em conjunto, os indicadores refletem a situação sanitária de uma população, o que é de grande valia para a vigilância das condições de saúde de tal população (OPAS, 2001).

A qualidade dos indicadores está diretamente relacionada à precisão do processo de registro, coleta e transmissão dos dados pelos quais eles serão formados. Ademais, os indicadores precisam ser de fácil interpretação e contar com atributos como validade, confiabilidade, mensurabilidade, relevância, custo-efetividade, completude e consistência interna por meio de valores coerentes e não contraditórios (OPAS, 2001).

Se os indicadores são gerados regularmente, produz-se evidência sobre a situação sanitária de uma população e suas tendências, embasando o estabelecimento de políticas públicas de saúde e prioridades coerentes com as necessidades da população. Além disso, facilita-se o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimula-se o fortalecimento da capacidade analítica das equipes da assistência e promove-se o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (OPAS, 2001).

A gestão da saúde pública requer tomada de decisões de elevada responsabilidade e relevância social e o uso de indicadores nesse processo facilita o trabalho do gestor, na medida em que eles reduzem a incerteza sobre a situação da saúde e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (LIMA et al., 2015).

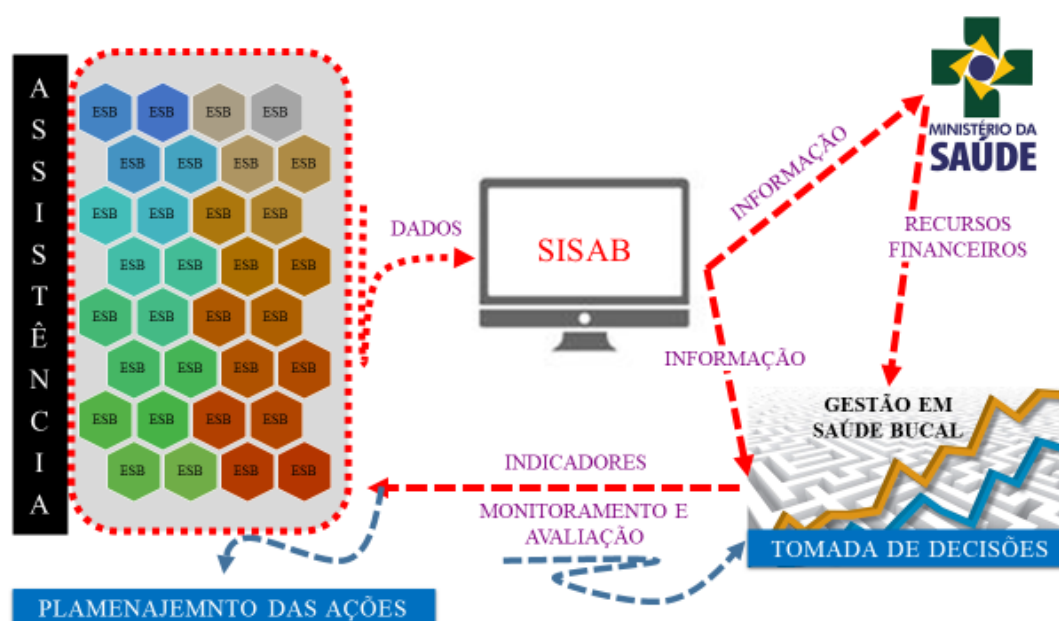
Phelps et al. (2016) aproximam o processo decisório em saúde pública à um ciclo de planejamento estratégico, onde os indicadores a serem monitorados representam os objetivos a serem atingidos pelo plano, destacando a importância da disponibilidade de informações confiáveis e acuradas para que os objetivos, ou indicadores, representem as reais necessidades de uma população.

Mackenbach e McKee (2015) observaram em seu estudo que existe uma correlação positiva de grande valor entre a qualidade da estrutura e do processo democrático, juntamente com a efetividade do governo, e os indicadores de mensuração da implementação das políticas de saúde.

A produção e a análise de indicadores precisam ser incorporadas no processo de tomada de decisão dos gestores, para que tal processo seja racional e eficiente e represente a conversão das informações em ações. Porém, apesar de se produzir uma quantidade considerável de dados e informações no setor de saúde, os gestores ainda atribuem pouca relevância ao uso da informação para o alcance da excelência na governança (LIMA et al., 2015).

Diante de todo o conhecimento exposto e tendo em mente o conceito onde a GI possibilita a agregação de valor à informação para que ela funcione como apoio do planejamento estratégico e maximize a qualidade do processo decisório, já que os dados coletados são relacionados para formar indicadores, os quais são instrumentos estratégicos na tomada de decisão (SANTOS, BIAGGI e DAMIAN, 2019).; o pesquisador construiu um fluxograma da informação no planejamento estratégico dentro do contexto estudado, ou seja, da Saúde Bucal da ESF, como mostra a figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da informação no planejamento estratégico da Saúde Bucal da ESF.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva onde os fatos foram observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, através de técnicas padronizadas de coleta de dados – entrevista com roteiro semiestruturado (RODRIGUES, 2007); de abordagem qualitativa, já que a relação entre os objetivos e os resultados não podem ser interpretados por meio de números (FERNANDES, 2003).

O trabalho teve ênfase no processo de formação e utilização da informação na saúde, tendo como participantes do estudo os profissionais da assistência da saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas), profissionais do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e gestores da Saúde Bucal, todos da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO (SEMUSA).

A Saúde Bucal da ESF do município de Anápolis/Goiás, atualmente, conta com 73 equipes na assistência, em funcionamento, distribuídas em 46 unidades de saúde da família. O SISAB e os gestores estão locados no prédio da SEMUSA, sendo que o primeiro conta com um coordenador e seis técnicos em informática e a coordenação da Saúde Bucal conta com duas secretárias, a coordenadora e a vice coordenadora.

Convidou-se para a entrevista profissionais atuantes na SEMUSA e, também, os que não atuam mais, nos três eixos seguintes: profissionais da assistência (Cirurgiões-Dentistas) da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO, profissionais do SISAB da SEMUSA e gestores da Saúde Bucal da SEMUSA. Profissionais que trabalham ou trabalharam por um período menor que seis meses foram excluídos da pesquisa.

A pesquisa realizou vinte e uma (21) entrevistas, todas pessoalmente, entre abril e maio de 2020, distribuídas entre as três categorias de profissionais supracitadas. Em virtude do período pandêmico, foram realizadas todas as normas sanitárias necessárias de acordo com as orientações do CONEP/MS/ANVISA: distanciamento de 1,5 metros entre a pesquisadora e o entrevistado, uso de máscara e sanitização das mãos, do ambiente e do aparelho celular usado na gravação do áudio.

Todos os entrevistados foram informados do total sigilo nominal em relação às informações repassadas durante os encontros, o que sanaria a possível dificuldade de adesão do profissional convidado à entrevista.

E no intuito de manter o sigilo em relação à identidade e às informações prestadas pelo entrevistado, as audições foram realizadas em um ambiente neutro, calmo, com infraestrutura adequada à gravação da conversa, e com horário e localização

definidos previamente, em comum acordo, pelo pesquisador e pelo entrevistado. Lembrando que o profissional convidado teve total liberdade para interromper a entrevista a qualquer momento ou não responder a qualquer questionamento apresentado pelo pesquisador.

O estudo utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista com Roteiro Semiestruturado, a fim de se conseguir maior flexibilidade na obtenção de dados que não estejam pré-estabelecidos no roteiro, assim como experiências e percepções pessoais. Cada categoria de profissionais entrevistada teve um roteiro previamente estruturado que serviu de guia no questionamento do processo ao qual ela está inserida, conforme Apêndices I, II e III.

Sendo que o roteiro destinado aos profissionais da assistência da saúde bucal (Cirurgiões-Dentistas) aborda o processo de captação dos dados por meio dos registros realizados, ou seja, os instrumentos de coleta de dados utilizados, a informatização do processo e as capacitações realizadas. Já o roteiro designado aos profissionais do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) se concentra no processo de reunião e tabulação desses dados, e o roteiro dos gestores da Saúde Bucal aborda o processo de desenvolvimento e utilização dos indicadores formados a partir dos dados coletados.

O tratamento e a interpretação dos dados coletados durante as entrevistas foram realizados através da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011) pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, passando por três fases para sua execução:

- I- Pré-análise: após a realização das entrevistas, os áudios obtidos foram transcritos e organizados, obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, para formar o corpus da pesquisa representado pelo conjunto desses documentos. Em seguida, foi efetuada a leitura flutuante do corpus da pesquisa na tentativa de formulação de hipóteses e pressupostos.
- II- Exploração do material ou codificação: escolheu-se a unidade de codificação, por meio de expressões ou palavras significativas, classificando o corpus da pesquisa em blocos, ou temas de acordo com as questões norteadoras, que expressem determinada categoria, confirmando ou modificando o que está proposto no referencial teórico. A seguir, os temas foram agrupados nas categorias definidas, em quadros matriciais, e construiu-se a definição de cada categoria.

- III- Tratamento dos resultados – a inferência e interpretação: deu-se significado e validade aos resultados brutos, investigando as causas a partir dos efeitos e interpretando os conceitos e as proposições encontradas.

Obteve-se o Termo de Concordância da Instituição Proponente (Anexo I), via Faculdade de Ciências da Saúde – UnB, assim como, o Aceite Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO (Anexo II), para que o protocolo de pesquisa fosse enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, então, aprovado (CAAE No. 27175319.8.0000.0030, CEP/FS-UnB), estando a pesquisa em acordo com as Resoluções n. 466/12 e n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, as entrevistas somente foram realizadas após a assinatura, tanto do profissional convidado quanto do pesquisador, de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo III) e do Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (Anexo IV), em virtude da gravação do áudio das entrevistas, sendo que uma via é para o entrevistado e a outra para o pesquisador.

O TCLE esclarece todos os possíveis riscos ao entrevistado quando da sua participação do projeto (invasão de privacidade, responder a questões sensíveis, revitimização e perda do autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado e divulgação de dados confidenciais), além de descrever todas as medidas adotadas pelo pesquisador no sentido de evitar ou pelo menos minimizar tais riscos, e a garantia da possibilidade de indenização em decorrência de algum dano direto ou indireto que provenha de sua participação do projeto.

Quando do término da pesquisa, o pesquisador garante seu encaminhamento, na íntegra, à SEMUSA e a todos os participantes do estudo, com o intuito de colaborar com a consolidação da GI na Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO, ao servir de ferramenta de apoio nas tomadas de decisão de sua governança.

5. RESULTADOS

A análise interpretativa, com base no referencial teórico-conceitual da Gestão da Informação (GI) no SUS, pela técnica de AC de Bardin (2011), levou a formação de quatro categorias temáticas (CT): o processo de geração de dados (registros) realizado pelos profissionais da assistência (Cirurgiões-Dentistas) da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO (CT1), o processamento dos dados coletados pelos profissionais do SISAB da SEMUSA (CT2), a produção e utilização de indicadores pelos gestores da Saúde Bucal da SEMUSA (CT3) e a importância que a Saúde Bucal da SEMUSA atribui à GI (CT4).

Cabe destacar que foram convidados trinta (30) profissionais, sendo dez (10) em cada eixo profissional (Cirurgiões-Dentistas, SISAB e Gestão), porém somente cinco (05) profissionais do SISAB e cinco (05) gestores aceitaram participar da pesquisa. Já no eixo da assistência (Cirurgiões-Dentistas) foram realizadas onze (11) entrevistas, chegando a um total de vinte e uma (21) entrevistas efetuadas.

CT1: Processo de geração dos dados através dos registros realizados pelos Cirurgiões-Dentistas.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: instrumentos de coleta de dados, capacitações e informatização. Sendo que a categoria intermediária nomeada de instrumentos de coleta de dados foi formada por três categorias iniciais, a saber Ficha D (Anexo V), Prontuário Eletrônico (PE) e e-SUS.

O quadro 1 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT1.

Já o gráfico 1 retrata um comparativo quantitativo dos comentários captados categorizados como Instrumento de Coleta de Dados, sendo que a categoria inicial Ficha D recebeu apenas 8% do total de unidades de análise obtidas dentro dessa categoria intermediária, seguida pela categoria inicial e-SUS com 37% e pela PE com 55%. Esse gráfico chama a atenção ao evidenciar a discrepância entre as categorias iniciais que integram os instrumentos de coleta de dados utilizados no decorrer da evolução do processo de GI da ESF.

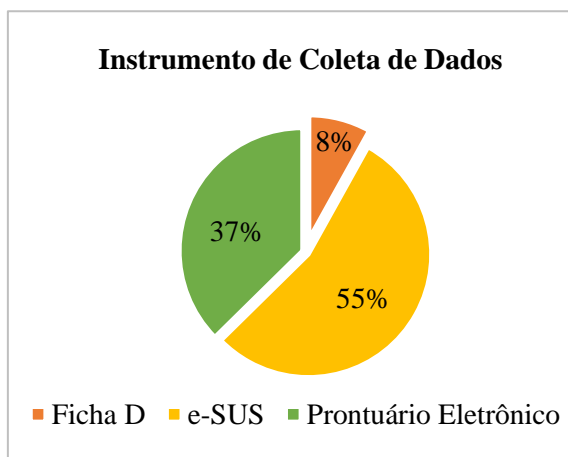
Quadro 1 - Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT1, sendo que unidade de análise representa cada expressão ou resposta obtida durante as entrevistas.

Categorias intermediárias	Categorias iniciais	Nº. de unidades de análise
Instrumentos de coleta de dados	Ficha D	Oito (08)
	PE	Cinquenta e quatro (54)
	e-SUS	Trinta e sete (37)
Capacitações		Trinta e oito (38)
Informatização		Vinte e oito (28)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

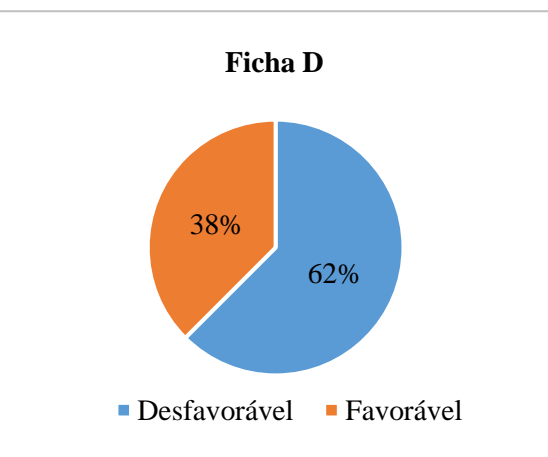
Outro fator de destaque é a relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável de cada categoria inicial (Ficha D/Gráfico 2, e-SUS/Gráfico 3 e PE/Gráfico 4) que formam a categoria intermediária Instrumentos de Coletas de Dados. Das poucas unidades de análise obtidas dentro da categoria inicial Ficha D, 8% do total da categoria intermediária, a maioria (62%) tinha contexto desfavorável. Cenário semelhante encontrado na categoria inicial PE, onde a maioria (61%) também obteve contexto desfavorável. Porém, a categoria inicial e-SUS registra outro padrão na medida em que recebe a maioria expressa (86%) das unidades de análise com contexto favorável.

Gráfico 1- Demonstrativo da proporção de expressões ou respostas obtidas dentro do contexto de cada instrumento de coleta de dados já utilizado ou em utilização pela Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 2- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema Ficha D.

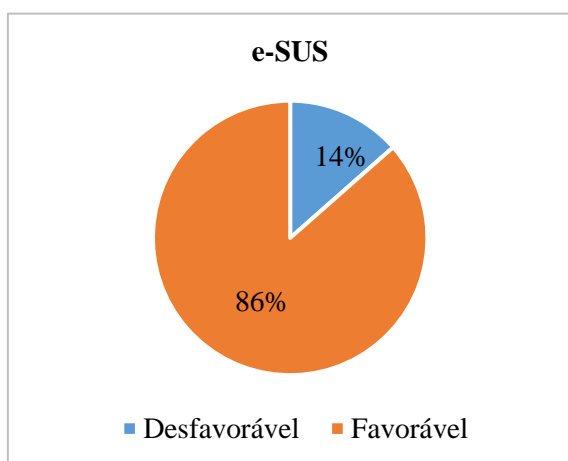


Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

No gráfico 5 tem-se a relação entre as respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas, com contexto favorável e desfavorável, inseridas na categoria intermediária de Capacitações. Nota-se a expressividade de expressões com contexto

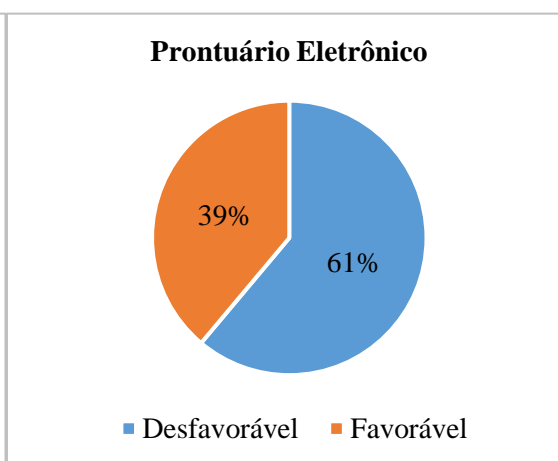
desfavorável, 82% do total de respostas. Vale ressaltar que os questionamentos foram direcionados para capacitações realizadas dentro da educação permanente dos profissionais da assistência e do SISAB, principalmente no que tange à mudança dos instrumentos de coleta de dados, ao curso introdutório da ESF e a questão da informatização das unidades de saúde do município.

Gráfico 3- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema e-SUS.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 4- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema Prontuário Eletrônico (PE).



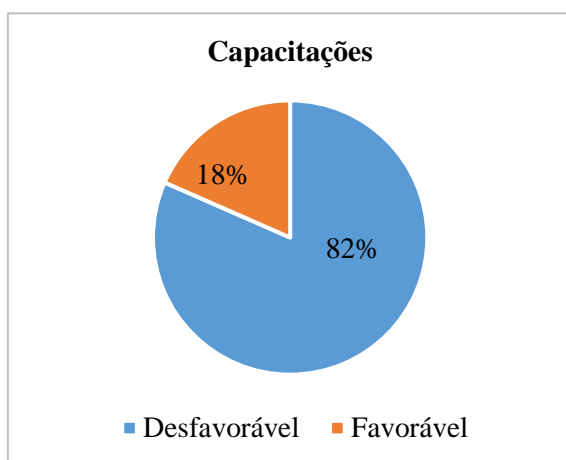
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Quase a mesma expressividade do contexto desfavorável das respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas, 71% do total, é encontrada na categoria intermediária denominada de Informatização, conforme demonstra o gráfico 6. Nessa categoria os questionamentos estavam voltados para as vantagens ou desvantagens dos processos informatizados dentro da rotina de trabalho dos profissionais da ESF, sejam da assistência, do SISAB ou da gestão da saúde bucal.

CT2: Processo de coleta e processamento dos dados realizados pelo SISAB.

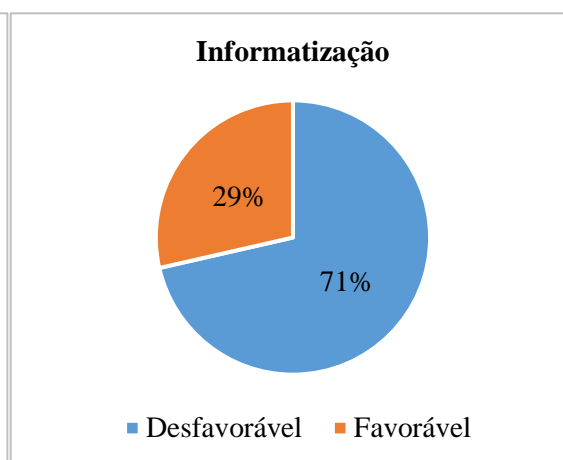
Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: entrega dos registros, problemas do SISAB e utilização da informação. O quadro 2 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT2.

Gráfico 5- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema capacitações.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 6- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema informatização.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Quadro 2- Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT2.

Categorias intermediárias	No. de unidades de análise
Entrega dos registros	Onze (11)
Problemas do SISAB	Doze (12)
Utilização da informação	Dezoito (18)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

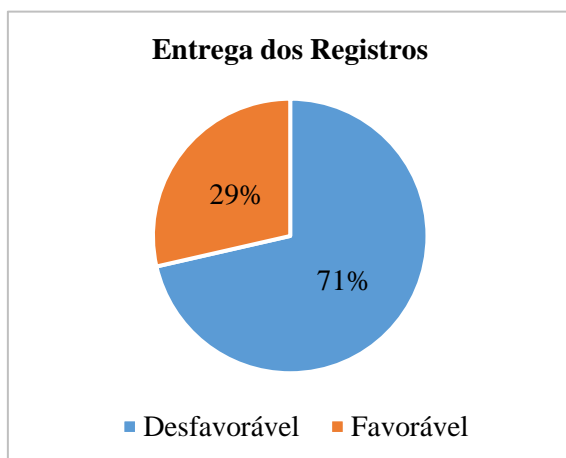
O mesmo método comparativo quantitativo das expressões ou respostas com contexto favorável e desfavorável, utilizado na categoria temática anterior, foi aplicado na CT2 na tentativa de melhor visualização dos resultados alcançados ao dar-lhes concretude.

O gráfico 7 demonstra que 71% das respostas ou expressões categorizadas na temática Entrega de Registros possuem contexto desfavorável. Sendo que essa categoria intermediária se refere ao processo no qual os registros realizados pelos profissionais da assistência são repassados aos profissionais do SISAB, levando em consideração o transporte dos registros, quando da entrega física do documento ou no processo informatizado, e a forma que eles são recebidos pelos profissionais do SISAB, ou seja, se tais documentos são legíveis, completos e organizados.

A categoria intermediária denominada Problemas do SISAB se refere a expressões ou respostas que relataram barreiras encontradas no SISAB, sejam em relação

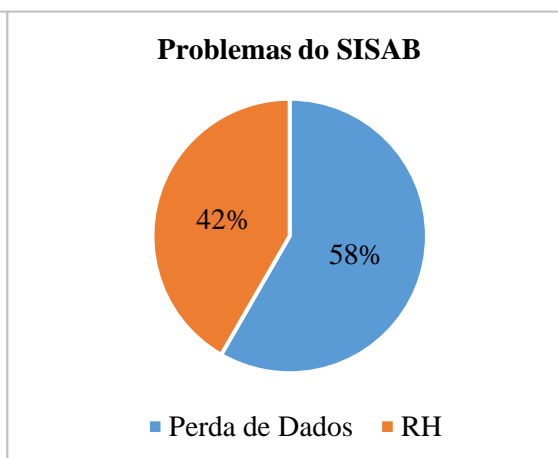
a produtividade dos profissionais ou aos processos de trabalho do setor. O gráfico 8 demonstra que a maior barreira encontrada dentro do SISAB se encontra em situações que culminaram na perda de dados, ao afirmar que 58% das respostas ou expressões obtidas continham essa temática.

Gráfico 7- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema entrega dos registros.



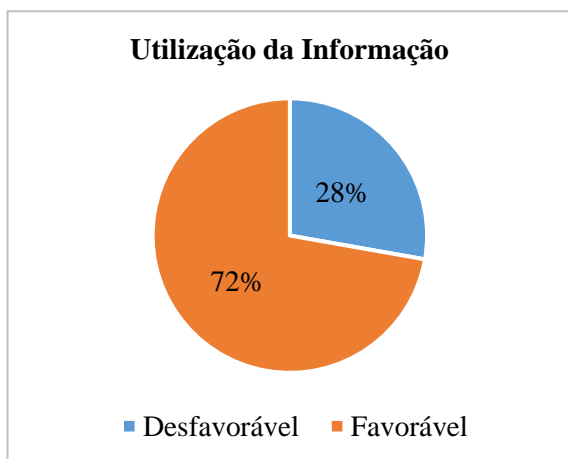
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 8- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos de “Perda de dados” e recursos humanos (RH) obtidas dentro do tema problemas do SISAB.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 9- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema utilização da



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Já em relação a categoria intermediária Utilização da Informação, tem-se um predomínio das respostas ou expressões com contexto favorável, com 72% do total obtido conforme o gráfico 9. Nessa categoria os questionamentos estavam direcionados à percepção dos profissionais em relação à utilização das informações, resultantes do processo de coleta e tabulação dos registros, pela gestão da saúde bucal da ESF.

CT3: Processo de formação e utilização dos indicadores.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: formação de indicadores, feedback e planejamento. O quadro 3 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT3.

Quadro 3 - Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT3.

Categorias intermediárias	Nº. de unidades de análise
Formação de indicadores	Oito (08)
<i>Feedback</i>	Onze (11)
Planejamento	Trinta e três (33)

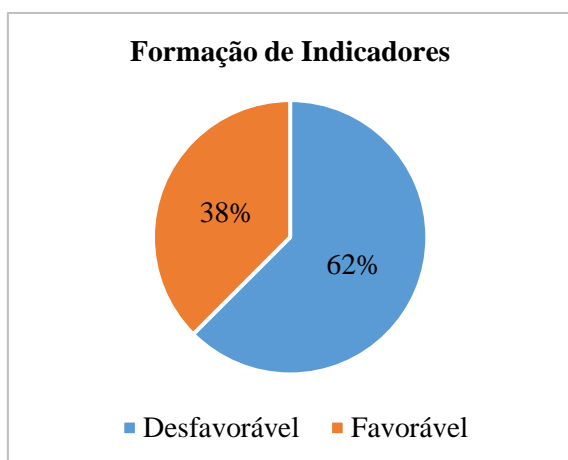
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Essa categoria se concentra nas formas de utilização das informações obtidas, já que na categoria anterior foi analisada a existência ou não dessa utilização. A análise foi feita em relação a Formação de Indicadores e o *Feedback* desses indicadores para os profissionais da assistência, além da função dos indicadores quando do planejamento tanto das ações na assistência quanto das ações na gestão da saúde bucal da ESF.

Percebe-se uma inconsistência dos resultados encontrados na CT3 ao se aplicar o método comparativo quantitativo das expressões ou respostas com contexto favorável e desfavorável. Essa inconsistência se revela na predominância do contexto desfavorável nas categorias intermediárias da Formação de Indicadores, 62% do total, e do Planejamento, 64% do total, além da alta expressividade desse contexto desfavorável na categoria intermediária do *Feedback*, 91% do total, conforme os gráficos 10, 11 e 12.

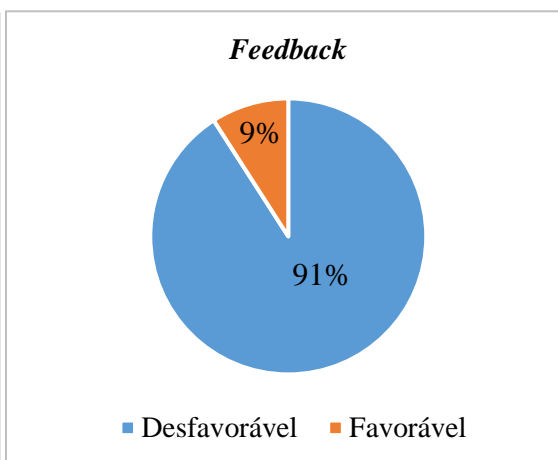
Inconsistência percebida pelo fato de que foi encontrado um quadro favorável na categoria da Utilização de Informações, conforme o gráfico 9, e, portanto, gerou-se uma expectativa de formação do mesmo quadro favorável quando do questionamento das formas que essas informações são utilizadas.

Gráfico 10 - Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema formação de indicadores.



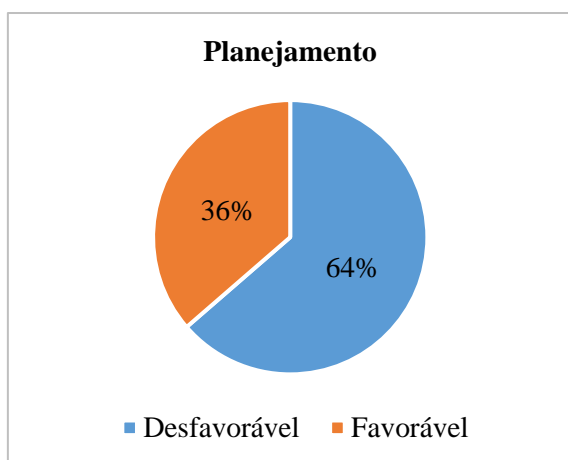
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 11- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema *feedback*.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 12- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema planejamento.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

CT4: A importância da GI no planejamento estratégico da Saúde Bucal.

Para a formação dessa categoria temática principal, foram utilizadas três categorias intermediárias: orientações da gestão, frustrações e comprometimento pessoal. O quadro 4 demonstra o número absoluto de respostas ou expressões obtidas durante as entrevistas em relação a cada categoria desenhada, ou seja, o quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT4.

Quadro 4 - Quantitativo de unidades de análise por categoria temática do grupo CT4.

Categorias intermediárias	Nº. de unidades de análise
Orientações da gestão	Dezesseis (16)
Frustrações	Vinte e três (23)
Comprometimento pessoal	Vinte e cinco (25)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

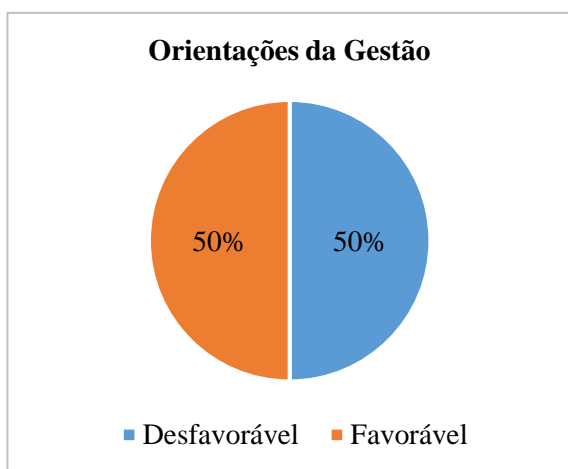
Diante do panorama desenhado pelas categorias anteriores, essa categoria pretende analisar a GI na saúde bucal da ESF de Anápolis/GO dentro de um contexto mais subjetivo, através de sentimentos colhidos pelos relacionamentos interpessoais e pela relação entre cumprir metas e cumprir normas ideológicas básicas.

O gráfico 13, por meio do método comparativo quantitativo das expressões ou respostas com contexto favorável e desfavorável, demonstra o equilíbrio da relação gestão-profissionais ao afirmar que foram obtidas 50% de respostas ou expressões, tanto no contexto favorável quanto no desfavorável, em relação às Orientações da Gestão para os profissionais da assistência e do SISAB.

Já o gráfico 14, utilizando o mesmo método comparativo quantitativo, demonstra o despreparo dos gestores da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO, ao passo que dos conceitos de GI, obtidos durante as entrevistas com esses profissionais, 67% foram considerados incorretos. Fato que por chamar a atenção do pesquisador, acabou por merecer uma análise gráfica exclusiva.

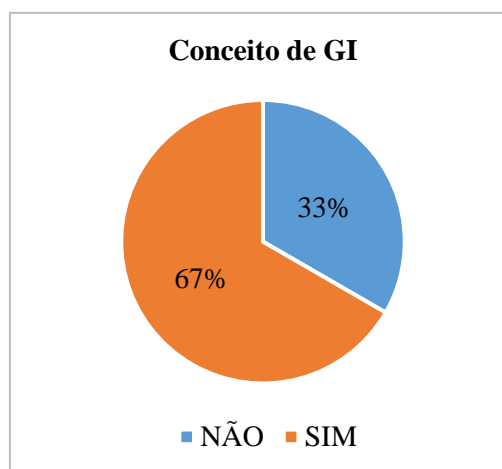
Outro fator que ganhou destaque na pesquisa, levando a formação de categorias intermediárias denominadas Frustrações e Comprometimento Pessoal, foi a obtenção durante 100% das entrevistas de respostas ou expressões que se remetiam aos contextos que nomearam essas categorias. Ou seja, de um total de 328 respostas ou expressões analisadas nessa pesquisa, obtidas através de 21 entrevistas, 25 tinham contexto de frustração e 23 de comprometimento pessoal, conforme o gráfico 15.

Gráfico 13- Demonstrativo da relação de expressões ou respostas com contextos desfavorável e favorável obtidas dentro do tema orientações da gestão.



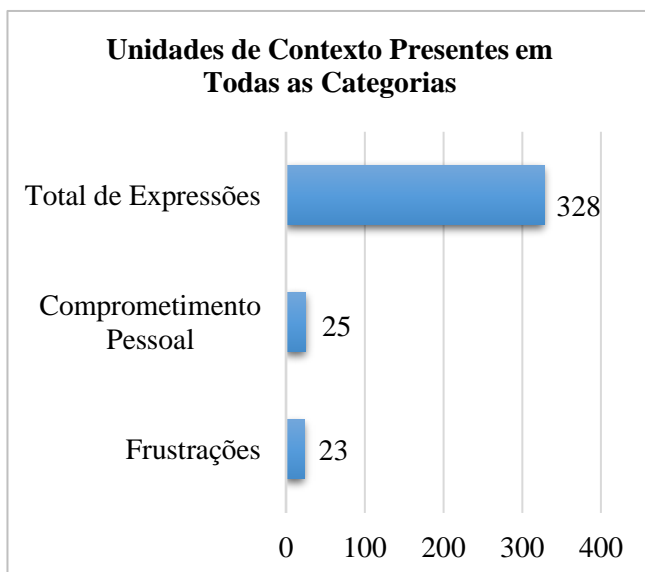
Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 14- Demonstrativo da proporção de conceitos de GI expressados corretamente (SIM) e incorretamente (NÃO) pelos gestores da SEMUSA.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Gráfico 15- Demonstrativo da proporção de expressões ou respostas obtidas com contexto de Frustrações e Comprometimento Pessoal dentro do universo do total das expressões analisadas.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

6. DISCUSSÃO

A primeira Equipe de Saúde Bucal (ESB) é implantada em Anápolis/GO em julho de 2001, em 2015 o município adere ao e-SUS AB CDS e em 2019 inicia a implantação do PE, mas a gestão opta por uma empresa privada e não o e-SUS AB PE. Portanto, os cirurgiões-dentistas trabalharam catorze anos com a Ficha D como instrumento de coleta de dados, cinco anos com o e-SUS AB CDS e há um ano e meio iniciaram o processo de informatização das unidades básicas de saúde e a implantação do PE, processo que ainda não está concluído em sua totalidade.

Na análise do gráfico 1, percebe-se que apesar do instrumento de coleta de dados Ficha D ter sido utilizado por muito mais tempo que o e-SUS e o PE ele obteve um número de comentários durante as entrevistas bem menor que os demais. Poder-se-ia usar a conjectura de que é devido ao tempo, seis anos e meio, que a Ficha D não é mais utilizada como instrumento de coleta de dados

Porém, ao se analisar o perfil dos entrevistados, deduz-se que tal fato ocorreu em decorrência do contrato de trabalho precário e a inexistência da carreira na ESF que acabam por levar a uma grande rotatividade de profissionais, ou seja, a maioria dos profissionais entrevistados possuem pouco tempo de trabalho na ESF e não utilizaram a Ficha D como instrumento de coleta de dados.

Os cirurgiões-dentistas que trabalham ou trabalharam na ESF em Anápolis/GO sempre foram contratados por meio de um contrato temporário e poucas vezes passaram por processo seletivo com provas de conhecimento, na maioria das vezes ocorreu somente avaliação de currículo.

O contrato de trabalho precário acaba por prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços prestados, além de comprometer a relação dos trabalhadores com o SUS (BRASIL, 2006). Sendo que tanto o MS quanto o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entendem trabalho precário como a ausência de estabilidade, da garantia dos direitos trabalhistas e de concurso público em relação ao tipo de vínculo empregatício do trabalhador em saúde (NOGUEIRA, 2019).

A precarização do trabalho guarda a condição de vulnerabilidade em condições incertas e imprevisíveis, onde os riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, trazendo desmotivação, insatisfação, baixa remuneração e falta de perspectiva de crescimento (RIBEIRO, SOUZA e SILVA, 2014).

A Ficha D era o instrumento de coleta de dados do SIAB, onde todos os profissionais da equipe de saúde registravam mensalmente suas atividades, procedimentos e notificações. O cirurgião-dentista só apontava o quantitativo de pacientes atendidos no dia, atividades coletivas, reuniões de equipe e visitas domiciliares. Não havia nenhum procedimento específico da Odontologia, então a possibilidade de formação de indicadores odontológicos através de dados coletados pela Ficha D era praticamente impossível. Dentro desse contexto, obteve-se as seguintes expressões pelos entrevistados:

“Para a Odontologia quase que não tinha nenhum índice, só quantidade”.

“Era simplificada demais. As informações eram muito quantitativas. Ela não fornecia qualidade de dados”.

“Inócua. Não fazia resultado nenhum. Você não anotava nada nela”.

Das poucas expressões ou respostas proferidas pelos profissionais durante as entrevistas, totalizando oito (8), dentro do contexto da Ficha D, cinco (5) abordavam aspectos desfavoráveis ou negativos desse instrumento de coleta de dados, conforme o gráfico 2.

Em 2015 a ESF de Anápolis/GO adere à estratégia do e-SUS AB, implantando o sistema CDS, ou seja, um *software* para Coleta de Dados Simplificada, que substitui a Ficha D por uma Ficha de Atendimento Odontológico Individual (Anexo VI). Esse novo instrumento de coleta de dados odontológicos representa uma grande evolução com o registro individual de cada paciente atendido e a presença de indicadores odontológicos tais como: Primeira Consulta Odontológica Programática, Atendimento de Urgência, Gestante, Pacientes Especiais, Tratamento Concluído, Encaminhamentos e vários procedimentos clínicos odontológicos.

Percebe-se que a estratégia e-SUS AB suporta as ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), provando que o SISAB atingiu sua proposta de transformação, ao passo que permite o monitoramento e a avaliação da saúde bucal ofertada na atenção básica e a torna legítima componente da saúde do indivíduo (ASTOLFO e KEHRIG, 2017).

De acordo com Silva et al. (2018), a aceitação de uma nova tecnologia em saúde está relacionada com o desenvolvimento de posições que representem percepções positivas pelos profissionais que passam a utilizar tal inovação em seus processos de trabalho, sendo que tais profissionais são fator sensível no sucesso da implantação e adoção de tecnologias de informação em saúde.

Analisou-se um total de trinta e sete (37) expressões ou respostas dentro do contexto e-SUS e somente cinco (5) possuem aspectos desfavoráveis ou negativos, conforme gráfico 3. Portanto, infere-se que tal instrumento de coleta de dados foi bem aceito pelos profissionais da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO e apresenta várias vantagens e facilidades, como exemplificam as seguintes respostas dos entrevistados:

“Eu gosto do e-SUS. Na minha visão não precisava mais que o e-SUS”.
 “Você tinha mais ou menos os indicadores (abscesso, fluorose)”.
 “É detalhado, é interessante e mais rápido”.
 “Eu acho ele bem completo”.

Em 2019 a gestão de Anápolis/GO decide pelo processo de informatização das unidades de saúde básica, mas não passa a utilizar o e-SUS PE e sim opta por comprar um sistema de PE de uma empresa privada. Quando os entrevistados foram questionados a respeito da opção da gestão pela empresa privada e não pelo e-Sus AB PE, obteve-se respostas como:

“Com o e-SUS parece que estou emitindo direto para o MS e não para uma empresa terceirizada”.
 “O ideal é o e-SUS”.
 “Sem dúvida alguma o e-SUS é melhor que o PE para o atendimento público”.
 “Eu gosto do e-SUS. Na minha visão não precisava mais que o e-SUS”.
 “Eu particularmente diria que o e-SUS é a melhor opção”.
 “Eu confio mais no e-SUS. Eu tenho mais familiaridade e segurança dos dados”.
 “Se ele continuasse seria até melhor que o PE”.
 “É ótimo de mexer é ainda melhor que o PE”.
 “Eu confio mais no e-SUS, eu tenho mais familiaridade e segurança dos dados”.
 “O ideal é o e-SUS”.

Conforme o gráfico 4, o PE recebeu mais expressões ou respostas com contexto negativo ou desfavorável, trinta e três (33) de um total de cinquenta e quatro (54), em comparação com as de contexto favorável ou positivo. Para exemplificar as respostas com contexto desfavorável, tem-se:

“Eu particularmente acho muito resumido e um sistema muito falho com perda de algumas coisas de um atendimento para o outro”.
 “É mais truncado, fecha o acesso diariamente”.
 “Não vejo vantagem nenhuma no PE”.
 “Poderia ser mais detalhado em relação aos procedimentos odontológicos”.
 “Tem muita coisa que o PE não consegue *linkar* com o e-SUS e perde dados”.

O modo como uma inovação é adotada, com aceitação ou rejeição, está diretamente relacionado à forma como ela é demonstrada quando da sua implantação. Assim, os profissionais precisam participar do processo de difusão de inovações, ou seja, o envolvimento dos profissionais de saúde no processo de implantação do PE é fundamental na aceitação do mesmo (SILVA et al., 2018).

Ao questionar os profissionais a respeito do processo de implantação do PE, incluindo a escolha, formação e instalação, inclusive treinamento para uso, do software adquirido pela gestão, obteve-se respostas tais como:

“No começo deu muito problema”.

“Infelizmente, é aquilo e você se adapta com o que tem”.

“Faltou diálogo, a participação do profissional que é fundamental”.

“Não houve nenhum questionamento ou pedido de assessoramento quando da implantação do PE”.

“O pacote chegou pronto”.

“Houve reuniões para a construção, mas a saúde bucal nunca foi comunicada”.

Tendo em mente o contexto das respostas proferidas pelos profissionais em relação à implantação do PE, infere-se que a rejeição do mesmo decorre da falta do envolvimento desses profissionais no processo da implantação de tal instrumento inovador, indo ao encontro do trabalho de Silva et al. (2018).

Ademais, a rejeição pode levar à subutilização da tecnologia implantada, onde a mesma não é utilizada de forma adequada pelos profissionais, gerando informações não fidedignas e com pouca aplicabilidade no processo de trabalho. Para impedir a subutilização de sistemas de saúde é necessário que os profissionais entendam essa inovação como útil, aplicável e imprescindível aos seus processos de trabalho, só assim alcança-se a utilização maximizada de uma tecnologia inovadora (SILVA et al., 2018).

Outro fator que contribui na aceitação de uma tecnologia inovadora, gerando conceitos favoráveis em relação à inovação, é a capacitação ou treinamento dos profissionais para que sua utilização seja inserida no cotidiano de trabalho (SILVA et al., 2018). Quando os entrevistados foram questionados dentro do contexto da realização e participação de capacitações e treinamentos para o uso dos sistemas de informação em saúde, obteve-se, de um total de trinta e oito (38) respostas, apenas sete expressões com contextos favoráveis ou positivos, conforme o gráfico 5. Dentre as expressões de cunho desfavorável ou negativo, tem-se:

“A gente não recebeu treinamento. Aí mais ou menos a gente preenche para nos resguardar”.

“Teve um treinamento breve”.

“O treinamento para o PE foi mais a parte técnica”.

“Não foi passado através de um profissional da Odontologia”.

“Muitas dúvidas não foram esclarecidas porque eram TI”.

“Os técnicos da instalação do PE, mas eles não sabiam resolver dúvidas”.

“Acaba aprendendo mesmo na prática, com os colegas da unidade”.

Portanto, infere-se que a presença incipiente de educação permanente, através de capacitações e treinamentos, acaba por limitar o uso dos SIS, gerando desde pequenas limitações até o total desconhecimento pelos profissionais da ESF (VENDRUSCOLO, et al., 2016).

A consolidação do SUS requer que os profissionais da AB tenham um processo de formação e desenvolvimento para um perfil diferenciado fundamentado em uma perspectiva generalista, que considere os problemas e as necessidades de saúde da população (VENDRUSCOLO et al., 2016). Na análise das expressões obtidas no contexto da formação acadêmica, percebe-se a evolução na orientação das práticas profissionais de saúde no setor público, refletindo o esforço do Estado no desenvolvimento de estratégias educacionais que consolidem as diretrizes e princípios do SUS.

Durante as entrevistas constatou-se a importância e a necessidade do chamado curso introdutório, ou seja, um preparatório para profissionais ingressarem na saúde pública e tomarem conhecimento de todo o processo de trabalho existente na ESF (VENDRUSCOLO et al., 2016). E tal necessidade resulta das diferentes formações acadêmicas, como demonstrado no quadro 5.

Quadro 5 - Expressões que demonstram a evolução da formação acadêmica dos profissionais de saúde.

Evolução Curricular	Expressões dos entrevistados
Antes da mudança curricular	“Eu não tive nada na minha graduação”.
Durante o processo de mudança curricular	“A gente ainda pegou um pouquinho, uma noçãozinha na graduação”.
Após a mudança curricular	“A gente aprende o acolhimento, a trabalhar todo o contexto familiar não só o indivíduo”.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Porém, em Anápolis/GO a realização do introdutório só foi realizada nos anos de 2001 a 2005, o que leva as seguintes expressões dos entrevistados:

- “No começo tive que me virar, não tive capacitação”.
- “A gente era jogada lá: se vira”.
- “As pessoas da unidade que me ensinaram”.
- “A gente não tem uma capacitação antes de entrar no setor público”.
- “Hoje não existe mais. Eu acho uma falha”.

A informatização das unidades básicas de saúde de Anápolis/Go teve início em 2019 e ainda não foi finalizada. Quando os profissionais foram questionados a respeito do processo de informatização das unidades de saúde, obteve-se de um total de vinte e oito (28) respostas somente oito (8) expressões com contexto favorável, conforme o gráfico 6, sendo que grande parte das expressões desfavoráveis está relacionada a dificuldades técnicas ou com equipamentos, tais como:

- “O computador é só um na unidade”.

“Às vezes o sistema cai, você fica sem internet”.
 “Estrutura física, os equipamentos que dão problema todo dia”.
 “Conexão fraca, equipamentos”.
 “Ainda tem unidade que não tem computador suficiente para todos os consultórios”.

A fragilidade da infraestrutura tecnológica é um desafio enfrentado não somente por Anápolis/GO, mas por todos os municípios brasileiros e vários outros países em desenvolvimento como o Brasil, quando da informatização das unidades básicas de saúde, o que acaba por fragilizar também a organização de processos no contexto do SUS (CAVALCANTE et al., 2018).

Com todos os problemas técnicos e de estrutura apresentados durante a informatização das unidades de saúde, as facilidades adquiridas com a digitalização do processo de trabalho estão sendo sentidas, em sua maioria, apenas pelos gestores da ESF de Anápolis. Inferência obtida devido a expressões proferidas pelos profissionais da gestão da ESF de Anápolis/GO como:

“Com a informatização a gestão da informação fica mais real e possível”.
 “O acesso à informação ficou bem mais prático”.
 “Melhorou muito. Diminuiu cerca de 70% do volume de trabalho do SISAB”.
 “A informática otimiza seu trabalho”.

O uso da tecnologia da informação em saúde com o registro eletrônico dos dados assistenciais reduz erros, padroniza conceitos para que possam ser agrupados em conjuntos de dados e fornece visibilidade às ações realizadas, facilitando o diagnóstico e o monitoramento pela gestão para o desenvolvimento do planejamento e da tomada de decisão em saúde (GAVA et al., 2016). Motivo pelo qual os gestores da ESF de Anápolis/GO, quando entrevistados, expressaram respostas com contexto favorável.

Tendo em mente a afirmação de Lehnhart et al. (2017) de que toda organização pública que visa melhorar a qualidade de seus serviços e o atendimento oferecido ao cidadão, além de agilizar seus processos de trabalho, deve primordialmente passar pela informatização, acredita-se que a gestão da ESF de Anápolis/GO tomou o caminho assertivo.

Ao questionar os profissionais a respeito da logística do recolhimento das fichas de registros de dados, quando tais fichas eram em papel, obteve-se unanimidade em respostas afirmando que são os próprios integrantes da equipe de saúde que se revezam para realizar a entrega dos documentos na SEMUSA. Diante desse processo surgiram expressões contextualizando os entraves decorrentes de tal logística, que formaram o conteúdo desfavorável representado no gráfico 7, tais como:

“Já aconteceu de perder. A culpa é sempre do profissional”.
 “Extraviava, aí liGAVA e a gente tinha que refazer, já aconteceu”.

“Acontece demais perda, extravio, ficha sem identificação”.
 “E ainda deve acontecer até ter todo o equipamento nas unidades”.

Analisando as respostas dos entrevistados quando questionados em relação aos problemas encontrados no SISAB, infere-se que de um total de doze (12) expressões obtidas durante as entrevistas, sete (7) representam a perda de dados devido atraso da digitação e quatro (4) citam a falta de preparo dos profissionais do SISAB, o que está configurado no gráfico 8.

A atualização dos dados, ou seja, a digitalização de 100% dos registros dos profissionais da saúde só foi alcançada a partir de 2018 em consequência à mudança da gerência do SISAB e a reorganização do setor. Percebe-se que é fundamental a presença de gestores com conhecimento técnico e vínculo empregatício estável para que se desenvolva um trabalho efetivo e com continuidade. A presença de dados desatualizados foi expressa pelos entrevistados através de respostas como:

“A gente observou que esses dados não estavam sendo 100% digitalizados. Foi um grande problema”.
 “Muitos dados não eram reais”.
 “A gente soube que muita coisa não foi lançada”.
 “Quando eu cheguei tinha muita coisa atrasada”.
 “Nunca estava atualizado”.

Além disso, apreende-se que a GI realizada pela gestão da ESF de Anápolis/GO até 2018, sem a atualização dos dados registrados pelos profissionais, não conhecia a real situação da saúde bucal de sua população, já que possuía dados irreais. Traz-se, então, a pesquisa de Gautham et al. (2016) descrevendo que problemas na qualidade das informações (dados incompletos, duplicados e de baixa confiabilidade) e na tecnologia para a coleta e consolidação dos dados, acabam por formar barreiras no uso dos SIS na saúde pública.

O trabalho de Almeida et al. (2015) corrobora com a situação apresentada ao afirmar que além de um processo de coleta de dados contínuo, regular e confiável, a informação, formada pela consolidação desses dados, deve estar oportunamente disponível, possibilitando uma resposta adequada e em tempo ideal para subsidiar uma tomada de decisão.

Diante desse cenário, os entrevistados foram questionados em relação a utilização das informações pela gestão da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO. E apesar de todas as barreiras descritas anteriormente, obteve-se mais expressões em um contexto favorável, treze (13) de um total de dezoito (18), conforme o gráfico 9, tais como:

“Eu acho que a gestão usa”.
 “Com certeza a gestão faz bom uso da informação”.

“A gente consegue monitorar as informações e dados que precisam ser repassados para a gestão maior”.

“Questão de controle e de conhecimento em relação à população que a gente está trabalhando”.

“A gente consegue monitorar dados”.

“Repassar informações necessárias para gestão maior”.

Quando os entrevistados foram questionados a respeito da formação de indicadores pela gestão da saúde da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO, obteve-se, como mostra o gráfico 10, de um total de oito (8) respostas, cinco (5) expressões com contexto desfavorável, tais como:

“Conciso não”.

“Nunca sistematizou esses dados para formar indicadores”.

“Só pontual, por unidade”.

“Agora com o Previne BRASIL vai ser obrigado a lhe dar com indicadores”.

“Agora com o Previne BRASIL, tecnicamente vai ter que fazer”.

Portanto, tem-se uma contradição de contextos: mesmo não formando indicadores de forma ideal, o que foi confirmado pelos gestores entrevistados, os profissionais acreditam, em sua maioria, que a informação está sendo bem utilizada pela gestão, conforme o gráfico 9. Infere-se que a existência dessa contradição se deve à correlação da informação com recursos financeiros existentes e controle de situações adversas.

O cenário encontrado na ESF de Anápolis/GO está presente em boa parte dos municípios brasileiros, ou seja, os SIS são subutilizados já que as informações obtidas são usadas somente para fins burocráticos e financeiros e não no processo organizacional das ações e serviços de saúde, através da formação de indicadores para servir de base para o planejamento estratégico (QUITES, 2016).

Outro fator que demonstra a não formação de indicadores pela gestão da saúde bucal de Anápolis/GO, foi a obtenção de quase 100% de respostas desfavoráveis ou negativas dos profissionais entrevistados quando o questionamento se referiu à alguma forma de feedback da gestão dos registros enviados à SEMUSA. Sendo que das onze (11) expressões obtidas, apenas uma teve contexto favorável ou positivo de acordo com o gráfico 11.

Como consequência à falta de indicadores e de feedback da gestão da ESF de Anápolis/GO, ao questionar os profissionais a respeito da realização de planejamento em sua rotina de trabalho obteve-se, conforme o gráfico 12, de um total de trinta e três (33) respostas, vinte e uma (21) expressões com contexto desfavorável ou negativo, assim como:

“Isso está falho”.

“Acabava sendo no achismo. Não utilizando de fato indicadores”.

“Eu não tenho indicadores para fazer planejamento”.
 “Sinceramente, eu fazia de acordo com a necessidade da comunidade”.
 “Trabalhava com pouco planejamento. Trabalhava dentro da demanda da procura”.

Ademais, as expressões com contexto favorável ou positivo dentro da realização de planejamento pelos profissionais, em sua maioria, estão ligadas a uma iniciativa particular ou da equipe de saúde, a saber:

“A gente já fez, mas sem feedback”.
 “Eu comecei a trabalhar a questão dos indicadores e de planejar meu atendimento”.
 “Faço com dados via agente de saúde e enfermagem”.
 “Todas as unidades que eu passei eu fiz”.
 “Participo do planejamento da equipe”.

Diante do panorama desenhado pelas categorias anteriores, a categoria temática de número quatro pretende analisar a GI na saúde bucal da ESF de Anápolis/GO dentro de um contexto mais subjetivo, através de sentimentos colhidos pelos relacionamentos interpessoais e pela relação entre cumprir metas e cumprir normas ideológicas básicas.

O primeiro questionamento foi a respeito das orientações repassadas pela gestão aos profissionais, levando em consideração o relacionamento gestão-assistência. Nesse contexto obteve-se um empate entre as expressões favoráveis e desfavoráveis, conforme o gráfico 13, o que sugere um equilíbrio na relação entre a gestão e os profissionais da assistência.

O quadro 6 traz alguns exemplos das expressões obtidas com a temática de orientações da gestão, tanto com contexto positivo ou favorável quanto com contexto negativo ou desfavorável, notando-se que apesar de existir diálogo da gestão com os profissionais tal processo não acontece de forma estratégica, alcançando a todos igualmente.

Com intuito de tentar medir a importância que a GI possui na gestão da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO, foi questionado aos gestores o que eles entendem como Gestão da Informação (GI). Sendo que das seis (6) respostas obtidas duas (2) foram proferidas erroneamente, conforme o gráfico 14, quando comparadas ao seguinte conceito: a GI possibilita a agregação de valor à informação para que ela funcione como apoio do planejamento estratégico e maximize a qualidade do processo decisório, já que os dados coletados são relacionados para formar indicadores, os quais são instrumentos estratégicos na tomada de decisão (SANTOS, BIAGGI e DAMIAN, 2019).

Quadro 6 - Exemplos de expressões obtidas em relação às orientações da gestão com contextos favoráveis ou positivos e desfavoráveis ou negativos.

FAVORÁVEL	DESFAVORÁVEL
“Diálogo possível com a coordenação”.	“A gente reclama e não tem retorno”.
“Foi criado um grupo de suporte para assessoria”.	“Esse problema foi repassado para a coordenação e acabou que não resolveu”.
“A coordenação aceita justificativa pelo <i>WhatsApp</i> ”.	“A gente fica um pouco perdida porque não tem acompanhamento”.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Outro fator que chamou a atenção quando da análise das respostas dos entrevistados, foi que toda entrevista contém ao menos uma expressão com contexto de frustração e uma se referindo ao comprometimento pessoal profissional. Ou seja, foram entrevistados vinte e um (21) profissionais, com um total de trezentos e vinte e oito (328) respostas analisadas, e obtidas vinte e três (23) expressões com contexto de frustração e vinte e cinco (25) dentro do contexto comprometimento pessoal, de acordo com o gráfico 15.

A frustração é produto da psicodinâmica do trabalho, ou seja, a dinâmica do profissional com seu trabalho gera determinantes para a subjetividade de prazer e sofrimento. Quando o profissional se sente valorizado e reconhecido, ele entende seu ambiente de trabalho como gerador de vivências de prazer. Porém, quando isso não acontece o profissional passa a ter vivências geradoras de sofrimento físico e psíquico, como a frustração, a angústia, o desgaste entre outros, acarretando a desmotivação e a insatisfação do trabalhador (RODRIGUES e SILVA, 2016).

Dentre as expressões com contexto de frustração obtidas durante as entrevistas, tem-se:

“A Odontologia sempre fica para trás”.
 “Eu achei isso o fim. Se tivesse reunido profissional da área teria saído muito mais bem feito”.
 “Infelizmente, é aquilo e você se adapta com o que tem”.
 “Eu já tentei várias vezes. A gente planejava, a gente sonhava, só que a gente nunca conseguia realizar”.
 “É uma pena que apesar de todos os esforços a gente não consegue o objetivo final 100%”.

O sofrimento no trabalho é caracterizado pela discrepância entre a atividade real e a meta pretendida e idealizada, isto é, o cumprimento de metas de produtividade no lugar de cumprir normas ideológicas individuais e coletivas, interferindo negativamente

na maneira como o trabalho é desempenhado e nas relações socioprofissionais. Muitas vezes, a própria organização é a causadora de tal sofrimento, já que ele surge na impossibilidade de negociação entre o profissional e a realidade imposta pela organização do trabalho (CHAVES e COUTINHO, 2016).

O paradigma assistencial vivido pelos profissionais do SUS ao enfrentar duas lógicas distintas, de um lado a produtividade e do outro a qualidade do trabalho oferecido ao usuário do sistema, acaba por construir armadilhas éticas na produção das ações e serviços de saúde e, conseqüentemente, testar o comprometimento pessoal do profissional de saúde com a essência do seu trabalho: o ser humano (GOMES e RAMOS, 2013).

Os valores do serviço público são sistematicamente abalados quando a organização prioriza a produtividade à qualidade do serviço ofertado, produzindo uma precariedade subjetiva que relativiza a ética e causa sofrimento no trabalho. Dessa forma, o profissional da saúde pública, no intuito de se manter minimamente ético, opta por assumir “práticas possíveis”, relativizando o comprometimento pessoal no seu trabalho e gerando um sofrimento decorrente da incoerência entre suas ações e suas convicções pessoais e profissionais (GOMES e RAMOS, 2013).

O cenário descrito justifica a presença de expressões dentro do contexto comprometimento pessoal em todas as entrevistas realizadas, entre elas:

“Tem falta de interesse, tem dificuldade, tem de tudo”.

“Curiosidade que leva ao aprimoramento”.

“Eu acredito que faltava comprometimento pessoal”.

“Eu ia atrás e se eu queria fazer eu fazia”.

“Eu fiz o diagnóstico da realidade da minha área por iniciativa própria”.

“Falta iniciativa profissional. Só faz o que é requisitado. Ele não pensa em mudar comportamento, histórico. Só em fazer o serviço”.

“Existem profissionais que não estão comprometidos com a causa da Saúde pública”.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que mesmo com todas as ferramentas disponibilizadas e viabilizadas pela União para tentar organizar, orientar e coordenar a GI dos municípios brasileiros, a subutilização dos SIS ainda acontece e em Anápolis/GO não é diferente.

A saúde bucal da ESF de Anápolis/GO não possui um processo institucionalizado de formação de indicadores na saúde. A maioria dos dados registrados pelos profissionais da assistência e digitalizados pelo SISAB tem apenas função burocrática e financeira na gestão municipal da saúde.

Durante a pesquisa, notou-se que as decisões tomadas pela gestão da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO são automáticas e sem embasamento em indicadores previamente formados, ou seja, o planejamento estratégico é inócuo, voltado para resolver apenas questões técnicas, financeiras e burocráticas.

Porém, com o último passo do governo federal, o “Previne BRASIL”, surge a necessidade e a obrigatoriedade da formação de indicadores na saúde, o que acaba por impor uma mudança na forma de como a GI será conduzida nos municípios brasileiros nos próximos anos.

A análise do conteúdo das entrevistas dos profissionais da saúde bucal da ESF de Anápolis/GO revelou a dualidade de sentimentos que é trabalhar na saúde pública brasileira. Já que existe, na gestão organizacional do serviço de saúde, uma mistura de conceitos públicos e privados, ou seja, a discrepância entre cumprir metas produtivas e cumprir normas ideológicas básicas do SUS.

De um lado o prazer em ajudar outro ser humano, ser parte do ideal da Reforma Sanitária, construindo um SUS universal, integral e ético, onde, como foi dito por um dos entrevistados: “o muito obrigado do paciente público vale muito mais do que o do paciente particular”. Do outro, a necessidade de se inserir na organização gestora capitalista, onde o lucro, disfarçado de produtividade, comanda o meio ambiente de trabalho.

Está claro que a estratégia e-SUS AB está sendo muito importante ao possibilitar a informatização na saúde pública do BRASIL, além de modernizar todo o processo de registro, coleta e consolidação dos dados. Entretanto, fornecer a ferramenta não é o suficiente quando os gestores municipais não têm a consciência e o desejo de se apropriar da boa governança, não colocando as necessidades de sua população em primeiro lugar.

Outros estudos são necessários para acompanhar e analisar a mudança imposta pelo “Previne Brasil”. Verificar se após a conexão financeira firmada aos indicadores de saúde, tornando-os obrigatórios para o recebimento de recursos financeiros, os gestores municipais se apropriarão da importância da presença da GI na administração pública da saúde para garantir a qualidade e assertividade das ações e serviços prestados aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

Almeida, Magaly et al. Gestão da informação: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**. 6. 2819. 10.18673/gs.v6i3.22417, 2015.

Anápolis. Aviso de Credenciamento 08/2020: Dispõe sobre o Processo de credenciamento para a contratação de profissionais de saúde para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial**, 02 de outubro de 2020. Disponível em:<<https://diario.anapolis.go.gov.br:8104/dowebans/page/diarioOficial.jsf;jsessionid=D7914B1175BF8AB62A55DDE5EAC914DF>>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

Andrett, Marcia et al. Eficiência dos Gastos Públicos em Saúde no Brasil: Estudo Sobre o Desempenho de Estados BRASILEiros. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. [S.l.], v. 7, n. 2, p. 114-128, aug. 2018. ISSN 2316-3712.

Astolfo, Susi, Kehrig, Ruth Terezinha. O processo de implantação de uma estratégia integrada de SIS na APS: a experiência do e-SUS no Mato Grosso, BRASIL. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, 7(1): 8-15 (Junho, 2017).

Bardin, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.

Belluzzo, Regina Célia Baptista. Bases teóricas de gestão da informação: das origens aos desafios na sociedade contemporânea. **Palavra Clave** (La Plata), v. 7, n. 1, p. e027, 9 out. 2017.

Borges, Fabrício Quadros. Gestão da informação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 13, n. 2, p. 83-98, 2014.

Brasil. **Constituição da República Federativa do BRASIL**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

Brasil. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Ministério da Saúde – Secretária Executiva, Departamento de Informação e Informática do SUS, Brasília, DF, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da saúde. SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica. 1. ed. Brasília, DF: MS, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf>. Acesso em: 30/05/2020.

Brasil. Ministério da saúde. Sistema de informação da atenção básica. 2008. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 30/05/2020.

Brasil. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Ministério da Saúde – Secretária Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, Brasília, DF, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.979 de 12/11/2019: **Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, 28/09/2017**.

Carvalho, André Luis Bonifácio de; Shimizu, Helena Eri. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 23-33, Mar. 2017.

Cavalcante, Ricardo Bezerra et al. Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enferm.** (23)3: e54297, 2018.

Chaves, Rômulo Oliveira; Coutinho, Fernando Garcia. Dinâmica prazer-sofrimento no trabalho: estudo de caso com funcionários públicos da câmara municipal de Contagem (MG). **Revista BRASILEIRA de Administração Científica**, v.7, n.1, p.262-276, 2016. DOI: <http://doi.org/10.6008/SPC2179-684X.2016.001.0018>.

CONASS, **Nota Técnica**, 07, 2013, Brasília.

Conselho Federal De Odontologia-CFO. (2013). Prefeitura de Anápolis recebe o prêmio BRASIL Sorridente 2013. **Website.cfo.org.br**. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/prefeitura-de-apolis-recebe-o-premio-BRASIL-sorridente-2013/>>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.

Fernandes, Luciane Alves e Gomes, José Mário Matsumura (2003). Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, 3(4).

Franca, Mary Anne de Souza Alves et al. Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period. **Revista odontológica UNESP**, Araraquara, v. 47, n. 1, p. 18-24, jan. 2018.

Gautham, Meenakshi et al. District decision-making for health in low-income settings: a qualitative study in Uttar Pradesh, India, on engaging the private health sector in sharing health-related data. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 31, p. ii35- ii46, 2016. Suplemento 2.

Gava, Marília et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no nordeste do BRASIL: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):891-902, 2016.

Gomes, Doris e Ramos, Flávia Regina Souza. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 2013. DOI: 10.1590/1807-57622013.0647.

Gramsci, Antônio. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, p.50, 1995.

Harzheim Erno. “Previne BRASIL”: bases of the Primary Health Care Reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4): 1189-1196, 2020.

Lenhart, Eliete dos Reis et al. Ciclo de vida dos sistemas: uma análise dos desafios da implementação de um sistema de informação em uma instituição de saúde pública. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, número 4, p. 474-591, out. - dez. 2017.

Lima, Keler Wertz Schender, Antunes, José Leopoldo Ferreira e Silva, Zilda Pereira. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015.

Mackenbach, Johan e Mackee, Martin. Government, politics and health policy: a quantitative analysis of 30 European countries. **Health Policy, Amsterdam**, v. 119, n. 10, p. 1298-1308, 2015.

Martins, Luz Marina Pinto; Silva, Eliete Maria e Marques, Dalvani. Informações em saúde na ótica de enfermeiras da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem** 20: e932, 2016.

Matos, Juliana Alves Viana; Vieira, Lidiane Sales; Franco, Lucia Maciel de Castro. O impacto do gerenciamento da informação em saúde no exercício da Enfermagem BRASILEIRA no período de 2004-2009. **Revista Mineira de Enfermagem** jul/set; 19(3): 752-760, 2015.

Medeiros, Juliana Barbosa et al. O e-SUS atenção básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. **Rev. APS.** 2017 jan/mar; 20(1): 145 – 149.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde da população: **Portaria MS/GM n.º 2.203/1996**. Brasília, 1996.

Ministério da Saúde. A experiência BRASILEIRA em sistemas de informação em saúde. Brasília, 2009, v.1. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_BRASILEira_sistemas_saud_e_volu_me1.pdf. Acesso em: 17/05/2020.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 17/05/2020.

Ministério da Saúde: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2016. Brasília, 2013, 156 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf. Acesso em: 22/05/2020.

Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS AB [recurso eletrônico]. Brasília, 2014, 11 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_nacionais_esus.pdf. Acesso em: 17/05/2020.

Morais, Rinaldo Macedo de; Costa, André Lucirton. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 767-793, June 2014.

Nirazawa, Alyni Nomoto; Oliveira, Sonia Valle Walter Borges de. Indicadores de saneamento: uma análise de variáveis para elaboração de indicadores municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 753-763, Aug. 2018.

Nogueira, Mariana Lima. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.309-323, 2019.

Oliveira, Lya Cynthia Porto de; Faleiros, Sarah Martins; Diniz, Eduardo Henrique. Sistemas de informação em políticas sociais descentralizadas: uma análise sobre a coordenação federativa e práticas de gestão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 23-46, Feb. 2015.

Organização Mundial da Saúde, Genebra. Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el procesode gestion para el desarrollo nacional de la salud. **Genebra**, 1981. p. 49.

Organização Pan Americana da Saúde. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico** 2001; 22(4): 1-5.

Phelps, Christopher et al. Strategic Planning in Population Health and Public Health Practice: A Call to Action for Higher Education. **Milbank Quarterly**, New York, v. 94, n. 1, p. 109-125, 2016.

Pinheiro, Alba Lúcia Santos et al. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e3440015, 2016.

Prefeitura de Anápolis recebe o Prêmio Brasil Sorridente 2013. **CFO-Conselho Federal de Odontologia**, 2013. Disponível em: <Website.cfo.org.br/prefeitura_de_anapolis_recebe_o_premio_BRASIL_sorridente_2013>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.

Quites, Humberto. Barreiras do uso da Informação em Saúde na tomada de decisão municipal: uma Revisão de Literatura. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**. 1011. 10.18673/gs.v0isupl.22004, 2016.

Ribeiro, Antônio César; Souza, Jackeline Félix; Silva, Juliana Lima. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm**. 2014 Jul/Set; 19(3):569-75.

Rodrigues, William Costa. Metodologia Científica, 2007. Disponível em: <http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 15/10/2019.

Rodrigues, Jadson Oliveira; Silva, Elaine Andrade Leal. O prazer e o sofrimento dos homens no trabalho em serviços de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(7):2544-54, jul., 2016.

Santos, Rodolfo Rocha dos; Rover, Suliani. Influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos públicos. **Revista de Administração. Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 732-752, Aug. 2019.

Santos, Beatriz Rosa Pinheiro; Biaggi, Camila; Damian, Ieda Pelógia Martins. Atuação da gestão da informação na área da saúde: uma análise da produção científica em âmbito nacional. **Rebecin**, v.6, n. esp., p.31-42, 1. sem. 2019.

Santos, Valdete Honorato. Sistema de informação da atenção básica (SIAB): análise do uso de um sistema de informação em saúde na cidade de Parnamirim-RN. **Rev. Inf. na Soc. Contemp.**, Natal, RN, v.1, n.2, jan./jun., 2017.

Schout, Denise; Novaes, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, ago. 2007.

Silva, André Ribeiro et al. Sistema de informação como instrumento para tomada de decisão em saúde: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, 10(9): 3455-62, set., 2016.

Silva, Talita Ingrid Magalhães, et al. Difusão da inovação tecnológica e-SUS AB: aceitação ou rejeição? **Cogitare Enferm**. (23)3: e55911, 2018.

Silva, Márcia Zanievicz da; Moretti, Bradley Ricardo; Schuster, Herivelton Antônio. Avaliação da Eficiência Hospitalar por Meio da Análise Envoltória de Dados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 100-114, dec. 2016.

Vendruscolo, Carine et al. Introdutório para equipes de saúde da família: contribuições para o fortalecimento da atenção básica. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(9):3393-400, set., 2016.

APÊNDICE I – Roteiro para Cirurgiões-Dentistas

Roteiro para Cirurgiões-Dentistas

1. Há quanto tempo você trabalha na ESF?
2. Quais instrumentos de coleta de dados você já fez uso? Ficha D, Ficha e-SUS ou Prontuário eletrônico (PE)?
3. Qual processo você utiliza para coletar dados? Hoje com o PE e nos instrumentos anteriores?
4. Você percebeu alguma melhora quando da troca do instrumento de coleta? Seja da Ficha D para a Ficha e-SUS ou para o PE?
5. Qual a importância da coleta de dados no seu processo de trabalho?
6. Antes do PE como os registros eram repassados à coordenação de Saúde Bucal?
7. A coordenação de Saúde Bucal já ministrou capacitações para o processo de coleta de dados?
8. A coordenação de Saúde Bucal fornece indicadores para subsidiar seu planejamento de assistência?
9. Existe feedback da coordenação em relação aos seus registros de dados?
10. Você utiliza algum indicador para planejar suas ações e assistência ao usuário?

APÊNDICE II – Roteiro para o SISAB

Roteiro para o SISAB

- 1- Há quanto tempo você trabalha no SUS? E no SISAB?
- 2- Se trabalhou em Tecnologia da Informação de empresa privada: quais as diferenças no processo de trabalho da empresa privada e da pública?
- 3- Como é feita a compilação de dados enviados pelos profissionais via PE?
- 4- Qual era o processo utilizado para o processamento dos dados antes do PE?
- 5- Quando o instrumento de coleta de dados era de papel, seja Ficha D ou Ficha e-SUS, como esses documentos eram repassados ao SISAB?
- 6- O SISAB recebia os registros de todas as equipes quando o instrumento de coleta de dados era de papel? Se não, qual a orientação da SEMUSA?
- 7- O SISAB conseguia processar todos os dados recebidos? Se não, qual a orientação da SEMUSA?
- 8- O que melhorou com o PE no processo de trabalho do SISAB?
- 9- Qual o destino dos dados após o processamento pelo SISAB?

APÊNDICE III – Roteiro para a Coordenação da Saúde Bucal

Roteiro para a coordenação da Saúde Bucal

- 1- Há quanto tempo você trabalha como gestor do SUS? Já trabalhou na assistência?
- 2- O que você entende como Gestão da Informação?
- 3- Qual a importância da informação no seu processo de trabalho?
- 4- De que forma a coordenação de Saúde Bucal utiliza os dados coletados pelos profissionais da assistência?
- 5- Há produção e utilização de indicadores no planejamento estratégico da SEMUSA?
- 6- A SEMUSA oferece capacitações para os profissionais, seja da assistência, SIAB ou da gestão, em relação à Gestão da Informação?
- 7- O SIAB consegue realizar seu trabalho de processamento de dados de forma satisfatória? E quando o instrumento de coleta de dados era de papel?
- 8- Se não, quais os problemas mais recorrentes, tanto com o PE quanto antes? E qual a orientação da SEMUSA ao SIAB?
- 9- Os cirurgiões-dentistas conseguem realizar os registros dos dados de forma satisfatória? E quando o instrumento de coleta de dados era de papel?
- 10- Se não, quais os problemas mais recorrentes, tanto com o PE quanto antes? E qual a orientação da SEMUSA aos profissionais?

ANEXOS I – Termo de Concordância



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

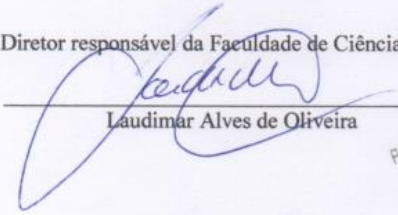
TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Diretor Laudimar Alves de Oliveira, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa *"A gestão da informação, do registro ao indicador, na saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família de Anápolis/GO"*, de responsabilidade da pesquisadora Cibele de Paiva Menezes Carvalho, que pretende discutir como a Gestão da Informação (GI) é desenvolvida e qual a influência desta nas tomadas de decisão da Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO. Para atingir tal objetivo a pesquisadora analisará os seguintes processos: a coleta de dados pelos Cirurgiões-Dentistas, ou seja, como a informação é registrada; o processamento dos dados pelo Setor de Informação da Atenção Básica (SIAB), e a formação e utilização dos indicadores pelos gestores. A investigação será conduzida por questionários semiestruturados à profissionais da assistência, da Tecnologia da Informação e da coordenação da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO; a ser iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UnB.

O estudo envolve realização de entrevistas com servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO. Tem duração de 14 meses, com previsão de início para maio de 2020.

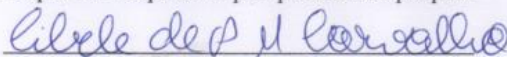
Brasília, 19 de novembro de 2019.

Diretor responsável da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília


Laudimar Alves de Oliveira

Prof. Laudimar Alves de Oliveira
Diretor
Faculdade de Ciências da Saúde - UnB

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa


Cibele de Paiva Menezes Carvalho

ANEXO II – Aceite Institucional

ACEITE INSTITUCIONAL

O Senhor Lucas Leite de Amorim, Secretário Municipal de Saúde de Anápolis/GO; a Senhora Erica Rodrigues Dias Reis, Diretora da Atenção Básica de Anápolis/GO e a Senhora Núbia Peres da Silva, Coordenadora de Saúde Bucal de Anápolis/GO estão cientes e de acordo com a realização do projeto de pesquisa “A gestão da informação, do registro ao indicador, na saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família de Anápolis/GO”, de responsabilidade da pesquisadora Cibele de Paiva Menezes Carvalho, para discutir como a Gestão da Informação (GI) é desenvolvida e qual a influência destas tomadas de decisão da Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO, cumprindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS/UnB, como instituição proponente do projeto de pesquisa.

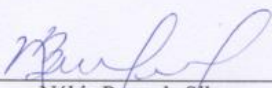
O estudo envolve realização de entrevistas com servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO. Tem duração de 14 meses, com previsão de início para maio de 2020.

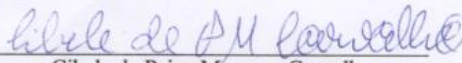
Anápolis, 18 de Novembro de 2019.


 Lucas Leite de Amorim
 Secretário Municipal de Saúde
 Prefeitura de Anápolis
 Lucas Leite de Amorim
 Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura de
 Anápolis


 Erica Rodrigues Dias Reis
 Diretora da Atenção Básica
 Decreto nº 42.693

Erica Rodrigues Dias Reis
 Diretora da Atenção Básica


 Núbia Peres da Silva
 Coordenadora de Saúde Bucal
 Núbia Peres da Silva
 Coordenadora de Saúde Bucal
 SEMUSA


 Cibele de Paiva Menezes Carvalho
 Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa

ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “**A gestão da informação, do registro ao indicador, na saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família de Anápolis/GO**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Cibele de Paiva Menezes CARVALHO**. A pesquisa pretende discutir como a Gestão da Informação (GI) é desenvolvida e qual a influência desta nas tomadas de decisão da Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO. Para atingir tal objetivo analisará os seguintes processos: a coleta de dados pelos Cirurgiões-Dentistas, ou seja, como a informação é registrada; o processamento dos dados pelo Setor de Informação da Atenção Básica (SIAB), e a formação e utilização dos indicadores pelos gestores. A investigação será conduzida por questionários semiestruturados à profissionais da assistência, da Tecnologia da Informação e da coordenação da Saúde Bucal da ESF de Anápolis/GO.

O objetivo desta pesquisa é consolidar a política do SUS, oportunizando a discussão da importância da GI no processo de tomada de decisão gerencial dos municípios BRASILEIROS, tendo como base a real situação de sua população, o que facilita o complexo trabalho de fortalecimento das ações e processos de saúde de qualidade no SUS.

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

A sua participação se dará por meio de *entrevista com questionário semiestruturado* em *data e horário previamente agendados* com um tempo estimado de *sessenta minutos* para sua realização. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para *a consolidação das políticas do SUS*.

Tendo em mente todos os possíveis riscos decorrentes de sua participação na pesquisa (invasão de privacidade, responder a questões sensíveis, revitimização e perda do autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado e divulgação de dados confidenciais), serão tomadas todas as providências para que os mesmos sejam evitados, ou pelo menos minimizados, tais como: garantir local reservado e liberdade para não responder a questões constrangedoras; o pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

econômico – financeiro; garantir que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e conforme acordado no TCLE, além do total sigilo da identidade do entrevistado.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no BRASIL, já que o pesquisador e sua instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na **Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Cibele de Paiva Menezes CARVALHO (Pesquisadora) e/ou Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Junior (Orientador)**, na **Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília** no telefone **62-98196-7777**, disponível inclusive para ligação a cobrar. **CARVALHOcib@gmail.com**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. 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 os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Cibele de Paiva Menezes CARVALHO
Pesquisadora Responsável

Anápolis, ____ de _____ de _____.

ANEXO IV - Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para Fins Científicos e Acadêmicos



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ
PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS**

Protocolo de Pesquisa, CAAE No. 27175319.8.0000.0030, CEP/FS-UnB, aprovado em 24/04/2020.

Por meio deste termo, _____, participante do estudo “**A gestão da informação, do registro ao indicador, na saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família de Anápolis/GO**”, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior, e autoriza o pesquisador, **Cibele de Paiva Menezes CARVALHO, CPF 810.910.791-53, vinculada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília com matrícula No 019/0132132**, responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior no objetivo de **discutir como a Gestão da Informação (GI) é desenvolvida e qual a influência desta nas tomadas de decisão da Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Anápolis/GO**, para fim de obtenção de grau acadêmico (e/ou divulgação científica) no **Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília**, sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidos na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao pesquisador utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação BRASILEIRA. O pesquisador declara que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no BRASIL.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o pesquisador assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

Participante da Pesquisa CPF:

Cibele de Paiva Menezes CARVALHO CPF: 810.910.791-53
Pesquisadora Responsável

Anápolis, ____ de _____ de _____.

- Verso

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (Quantidade realizada)	Profílatia / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese Dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 * Campo Obrigatório
 ** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea