



Informação para a tomada de decisão: um modelo conceitual para a gestão em saúde

Information for decision making: a conceptual model for healthcare management

Información para la toma de decisiones: un modelo conceptual para la gestión en salud

Carlos Dornels Freire de Souza
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Antônio José Costa Cardoso
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Marta Quintanilha Gomes
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Josivan Ribeiro Justino
Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Elaine Tomasi
Universidade Federal de Pelotas (UFPeL)

Autor correspondente: Carlos Dornels Freire de Souza. E-mail: carlos.dornels@univasf.edu.br

Recebido em: 10 de janeiro de 2024 ----Aprovado em: 17 de abril de 2024 ----Publicado em: 02/05/2024

RESUMO

A tomada de decisão faz parte do cotidiano humano. É, portanto, inerente à própria existência. Essas escolhas que fazemos diariamente estão, de modo geral, alicerçadas em um conjunto de evidências. Se, ao acordar, notamos que há previsão de chuva, devemos nos precaver – escolher a roupa mais adequada, levar um guarda-chuva ou mesmo escolher o melhor horário e/ou trajeto para chegar ao trabalho. Na gestão em saúde, embora as decisões resultem em impacto coletivo, diferentemente da maioria das nossas escolhas individuais, as decisões também são parte do cotidiano e, em razão da extensão dos impactos, devem ser tomadas com base em um robusto conjunto de evidências. É essa a questão a ser debatida neste ensaio: o percurso que um “dado” leva até ser utilizado para a tomada de decisão. Não é nosso interesse exaurir o tema, mas apresentar uma breve síntese desse processo. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-Chave

Conhecimento;
Tomada de Decisão;
Gestão em Saúde;
Gestão da
Informação em Saúde

ABSTRACT

Keywords

Decision-making is part of everyday human life. It is therefore inherent to existence itself. The decisions we make every day are usually based on a set of facts. If we wake up and realize that rain is forecast, we should take precautions - choose the most appropriate clothing, bring an umbrella, or even choose the best time and/or route to get to work. In health management, decisions do have a collective impact, but unlike most of our individual choices, decisions are also part of everyday life and need to be made based on sound evidence because of the magnitude of the impact. That is the theme of this essay: the journey that "data" takes before it is used for decision making. It is not in our interest to exhaust the topic, but to present a summary of this process. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

RESUMEN

La toma de decisiones hace parte del cotidiano humano. Es, por tanto, inherente a la propia existencia. Esas elecciones que hacemos diariamente están de modo general, basadas en un conjunto de evidencias. Si, al levantarnos, observamos que hay previsión de lluvia, debemos tomar precauciones: elegir la ropa más adecuada, llevar un paraguas o incluso elegir la mejor hora y/o ruta para ir al trabajo. En la gestión en salud, aunque las decisiones tienen un impacto colectivo, a diferencia de la mayoría de nuestras elecciones individuales, las decisiones también forman parte de lo cotidiano y, en razón de la magnitud de los impactos, deben tomarse sobre la base de un conjunto robusto de evidencias. Esa es la cuestión a ser debatida en este ensayo: el recorrido que hacen los "datos" hasta que son utilizados para la toma de decisiones. No es nuestro interés agotar el tema, sino presentar un breve resumen de este proceso. Este texto es resultado del programa de posgrado stricto sensu, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

Knowledge; Decision Making; Health Management; Health Information Management.

Palabras Clave

Conocimiento; tomada de decisiones conjunta; Gestión en Salud; Gestión de la Información en Salud.

Introdução

‘*Viver é decidir!*’ O que pode parecer uma frase de efeito, na verdade, reflete o paradigma da existência humana. A toda hora decidimos alguma coisa: a roupa A ou B, o caminho X ou Y, o produto C ou D. É assim o tempo todo! Agora mesmo, você – *leitor* – decidiu algo: *ler este ensaio*. Ao decidir por ler, você acabou abrindo mão de outras coisas: rolar o *feed* no Instagram, ver um filme, “maratonar” a série predileta, fazer uma atividade física ou simplesmente dedicar-se ao ócio.

Mas então, o que nos motiva a tomar a decisão Z, considerando o amplo espectro de possibilidades (A, B, C, D...)? Múltiplas são as razões: o desejo de aprender talvez tenha motivado a decisão de ler este artigo; talvez você fará uma seleção de emprego no qual esse conhecimento será útil; ou seu professor solicitou a leitura do material e o cobrará em uma avaliação. Ou, ainda, só por mera curiosidade.

É inegável que o ato de tomar uma decisão pressupõe uma análise prévia do contexto, isto é, a decisão é sempre – *ou pelo menos deveria ser* – resultado de uma minuciosa análise, com clareza das raízes do problema que exige uma escolha, e das consequências dessa mesma escolha. Ao fazer isso, é possível vislumbrar um conjunto de possibilidades e, assim, tomar a decisão que seja mais adequada.

Não raras vezes tomamos decisões prematuras, ditadas pelo “calor das emoções”, as quais, quase sempre, não são as mais adequadas. Se essas escolhas intempestivas causam danos a nós mesmos e aos nossos pares, imagine os danos que uma decisão imprópria tomada por um gestor pode causar a uma população.

A gestão pública, e aqui o nosso objeto é o campo da saúde, exige decisões não apenas coerentes com as necessidades da população, mas também em sintonia com um conjunto mínimo de evidências que justificam as decisões. Avaliação prévia do contexto, identificação dos problemas e suas causas, definição de objetivos e metas, disponibilidade orçamentária e recursos humanos são apenas alguns elementos envolvido no ato de decidir por A ou B.

Assentaremos nossa apresentação na pirâmide do conhecimento, ou simplesmente, hierarquia DIKW (*Data – Information – Knowledge – Wisdom/ Dado – Informação – Conhecimento – Sabedoria*), inicialmente pensada pelo norte-americano Russel Ackoff, na década de 1980.

Dado – o primeiro passo

Sezter (1) define dado como uma “sequência de símbolos quantificados ou quantificáveis. Quantificável significa que algo pode ser quantificado e depois reproduzido sem que se perceba a diferença

Revista Portal – Saúde e Sociedade



para com o original”. São exemplos: um texto, uma fotografia ou um som. O autor ainda completa afirmando ser o dado uma unidade matemática, isto é, *sintático*.

O termo *sintático/sintática* está presente em muitos campos do conhecimento: Na linguística, por exemplo, a análise sintática refere-se à parte da gramática que estuda os componentes de uma frase, isto é, *numa sequência de palavras, qual é a função ocupada por cada uma delas* (sujeito e predicado, verbo, advérbio, objeto, etc) e *como cada uma se relaciona com as demais*.

Bem, aqui vamos entender “dado” como um elemento primário, desprovido de um agregado intelectual, ou seja, desprovido de um significado *a priori*. É ele, portanto, o primeiro elemento de uma cadeia que deve resultar em uma tomada de decisão capaz de mudar uma dada realidade.

No dicionário Michaelis (2), vamos ter algumas interpretações valiosas sobre o dado:

1. Aquilo que representa o ponto de partida para uma inferência, um argumento, o desenvolvimento de um raciocínio;
2. Aquilo que se obtém após investigação e pesquisa e está disponível para análise;
3. Princípio ou base para se entrar no conhecimento de um assunto;
4. Elemento, princípio ou quantidade conhecida que serve de base para a solução de um problema.

De onde, porém, vêm os dados? São múltiplas as suas fontes. Podem ser **primários**, extraídos diretamente da fonte (quando um médico pergunta a um paciente quais são as suas queixas, por exemplo); ou **secundários**, coletados anteriormente por outras pessoas (quando um segundo médico, ao assumir o plantão, lê o prontuário do paciente a fim de dar continuidade no ato de cuidar); ou ainda podem ser **terciários**, dados não próprios derivados de uma síntese de contextos (resultados de dados estatísticos, por exemplo).

Em síntese, o quadro 1 apresenta as principais características desses três grupos de dados.

Quadro 1 – Tipos de dados e suas características.

Características	Primário	Secundário	Terciário
Forma de coleta	Direta	Indireta	Indireta
Confiabilidade e precisão	+++	++	++
Controle	+++	+	+
Variedade de fontes	+	+++	+++
Adaptabilidade ao objetivo da pesquisa	+++	+	+
Custo (econômico e de tempo)	+++	+	+
Disponibilidade	+	+++	+++
Exemplo	Entrevista com sujeitos	Dados de prontuários de uma unidade de saúde	Artigos publicados

Legenda: +++ (maior), ++ (intermediário), + (menor)

Fonte: elaborado pelos autores

Uma característica importante dos dados é a sua mutabilidade: um dado primário pode se tornar secundário ou terciário. Dados coletados por um profissional de saúde podem se transformar em dados secundários em uma pesquisa e, ainda, se constituir em dados terciários para um outro pesquisador.

Devemos ainda levar em consideração uma segunda taxonomia dos dados – quanto à sua estrutura. São três categorias: dados não-estruturados, dados semiestruturados e dados estruturados:

- a) **Dados não estruturados:** são os dados sem uma classificação e, por isso, a análise requer um esforço considerável para que possam ser utilizados para a tomada de decisão. Por exemplo, os dados de postagens em uma rede social sobre determinado tema. No entanto, é importante saber que esses dados podem se tornar estruturados a partir de mecanismos de sistematização e/ou categorização. A imensa maioria dos dados gerados são não estruturados.
- b) **Dados semiestruturados:** são dados que, como na categoria anterior, ainda não têm uma estrutura esquemática, mas que se diferenciam na medida em que apresentam algum grau de classificação. Um exemplo desse grupo pode ser expresso em uma página de um *website*. Os *sites* representam dados heterogêneos e sua estrutura é capaz de se transformar facilmente ao longo do tempo.
- c) **Dados estruturados:** são os dados que apresentam um processo de estruturação em linhas e colunas, por exemplo. Esses dados poderão, facilmente, ser submetidos à análise, e suas inferências podem ser utilizadas para a tomada de decisão. Uma vantagem desse grupo, conforme pontua Silva (3), é a possibilidade de serem transferidos para outros sistemas, facilitando a sua análise. Um exemplo pode ser a distribuição de taxas de mortalidade infantil de acordo com o porte populacional de municípios de uma dada UF. Um banco de dados de um hospital representa um bom exemplo. Nele, os dados apresentam uma estrutura rígida, previamente definida (o campo nome aceita somente letras, já o campo data de nascimento, somente números, etc.); com os dados de uma mesma pessoa mantendo relação entre si (de um mesmo sujeito, tem-se nome, data de nascimento, escolaridade, raça/cor etc.).

Informação – o segundo passo

É bem verdade que são muitas as possibilidades de definir o termo “informação” e, por essa razão, não é nossa intenção discutir os pormenores das muitas definições, mas apenas acender uma *vela* (leia-se, trazer um pouco de luz ao tema).

Uma vez que os dados foram coletados, é hora de transformá-los em informação. Mas como? *Agregando um valor intelectual a ele*, isto é, atribuindo um significado que permita contextualizá-lo. Portanto, a informação nasce a partir do processamento de dados que, por sua vez, envolve uma série de tarefas: sistematização em banco de dados, curadoria, auditoria, correção de erros, análises propriamente ditas, interpretação dos resultados, forma de apresentação, entre muitas outras etapas. Assim, palavras como “contextualização”, “categorização”, “correção/ajustes”, “condensação/resumo”, “cálculo/parâmetros” se referem a ações que resultam na produção de informações.

Vamos exemplificar. O que temos nos muitos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são, na verdade, dados. No SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), por exemplo, estão os registros de óbitos; no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), os registros das doenças de notificação compulsória; e no SINASC (Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos), os registros de natalidade, a maioria deles disponíveis em números absolutos. Esses são apenas três exemplos de SIS existentes no Brasil. A visualização do “cardápio” completo pode ser feita em www.datasus.saude.gov.br.

Isso posto, ao buscar caracterizar os nascimentos de “brasileirinhos” em um dado ano, um pesquisador extrai do SINASC os dados referentes ao seu objeto de estudo. Lembramos que são dados secundários e estruturados, conforme já discutido anteriormente. Com o banco, o pesquisador caracteriza esses nascimentos (o tipo do parto, o peso da criança, o Apgar de 1º ou 5º minuto, entre tantas outras possibilidades) e pode calcular, por exemplo, a taxa de natalidade e a proporção de partos por cesariana. Ao fazer isso, transformou dados em informação, pois deu-lhes um significado que, a partir daí, é possível interpretar.

Afinal, quantos sistemas de informação em saúde de base nacional existem no Brasil? Essa pergunta foi respondida por Coelho Neto e Chioro (4). No texto, cujo título é a própria questão, os autores relatam 54 SIS de base nacional, considerando o período de 2010 a 2018, divididos em quatro grupos:

Um primeiro relativo ao monitoramento de eventos de relevância para a saúde pública, um segundo voltado para um maior controle e monitoramento de programas de saúde do Ministério da Saúde, um terceiro dedicado ao cadastramento geral de pessoas físicas e jurídicas e um quarto que pode ser considerado uma “nova geração” de SIS pois, apesar de serem desenvolvidos e mantidos pelo Governo Federal, se descolam de uma lógica programática verticalizada, destinando-se à racionalização administrativa e melhoria da qualidade da prestação de serviços do SUS em âmbito locorregional (p.1).

Aqui, dois alertas são necessários. O primeiro está assentado na ideia de Nelson de Castro Senra (5), na obra *“O Saber e o poder das estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os estados nacionais e com as ciências”* (p. 108): “A informação organizada não será jamais o mundo, ele próprio, mas sua representação,

a representação do mundo ausente e distante, representação que o faz conhecido, nomeando-o e permitindo que se o pense e dele se fale; imagem do mundo”. Por essa razão, a informação deve estar sempre conectada a uma realidade e com ela estabelecer um diálogo.

Não basta apenas ter informações disponíveis, mas elas devem ser apresentadas no tempo oportuno, em quantidade adequada e no formato certo. Durante a pandemia de Covid-19, o excesso de informações sobre a doença, em diferentes plataformas e em diferentes arquiteturas linguísticas, gerou, em muitos casos, prejuízos ao próprio enfrentamento da doença. Eis que surgiu o termo “infodemia” – um excesso de quantidade em detrimento da qualidade, como tão bem pontuaram Garcia e Duarte (6) em editorial da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, em setembro de 2020.

O segundo alerta pontua que as informações produzidas **poderão** ajudar a compreender um contexto. O termo “poderão” está destacado, não por mero capricho nosso, mas para alertar que a informação, observada isoladamente, não resulta em conhecimento. De acordo com Libâneo (7):

A informação é um caminho de acesso ao conhecimento, é um instrumento de aquisição de conhecimento, mas ela precisa ser analisada e interpretada pelo conhecimento, que possibilita a filtragem e a crítica da informação, de modo que ela não exerça o domínio sobre a consciência e a ação das pessoas (p. 49).

No entanto, quando as informações são contextualizadas, elas deixam de ser meras informações e passam a um novo degrau: o do conhecimento.

Conhecimento – o terceiro passo

Há um debate acalorado sobre o que é conhecimento. Mais uma vez repetimos que não é a nossa intenção adentrar com profundidade na temática, já que despenderíamos algumas dezenas de páginas, por mais sintéticos que pudessemos ser.

Bem, se consideramos o conhecimento como a capacidade de aprender algo, as informações são os substratos para isso. Para Pellicer (8),

As informações constituem a base do conhecimento, mas a aquisição deste implica, antes de mais nada, o desencadear de uma série de operações intelectuais, que colocam em relação os novos dados com as informações armazenadas previamente pelo indivíduo. O conhecimento adquire-se, pois, quando as diversas informações se inter-relacionam mutuamente, criando uma rede de significações que se interiorizam (p. 88).

Voltemos ao exemplo anterior. Ao processar a taxa de natalidade, isto é, ao processar as informações geradas a partir de dados do SINASC, o pesquisador poderá fazer um juízo de valor sobre a natalidade no

país. Ao comparar as taxas entre as regiões geopolíticas, ou ao longo de uma mesma região ao longo do tempo, por exemplo, um novo conhecimento é produzido. Nesse exemplo, as informações (diferentes taxas de natalidade) foram objeto de reflexão, resultando em conhecimento.

Diferentemente da etapa anterior, aqui tem-se a aplicação de termos como “comparação”, “consequências/implicações”, “conexões”, “diálogos”, o que exige um maior grau de abstração. Cabe alertar que o conhecimento não garante a tomada de decisão, isso porque ele se materializa na compreensão do fenômeno, mas não na sua mudança. Em outras palavras, o conhecimento revela as realidades, mas sozinho não é capaz de transformá-las.

Almeida (9) nos ajuda a compreender a articulação entre a informação e o conhecimento:

Para conhecer é preciso selecionar informações, eleger algumas como mais importantes, articulá-las entre si, imputar significados a elas. Conhecimento é tratamento de informações. É o resultado de uma ação e de um trabalho ao mesmo tempo árduo e prazeroso do pensamento para estabelecer elos entre os dados, observar aproximações e afastamentos, procurar encaixes entre indícios e sinais que reconhecemos como informações sobre um fenômeno, um problema, um tema. Conhecimento é manipulação cognitiva, trabalho artesanal do pensamento, como se o pensamento tivesse mãos para dar forma ao que vemos, ouvimos, sentimos, tocamos, apreciamos (p. 46).

Também parece importante pontuar que o conhecimento como capacidade de compreender as coisas, de pensar sobre algo, tem muito de subjetividade. Não há uma única forma de conhecer determinada coisa, há diferentes perspectivas, nos mostrando que a forma como iremos comparar ou dialogar com as informações já traz a relativização própria do conhecimento. Isso se estivermos nos distanciando da perspectiva cartesiana, que simplifica o objeto de estudo na medida em que isola o sujeito do objeto e pressupõe que o conhecimento é o espelhamento da realidade. Loro (10) nos diz que:

Não é possível observar ou medir determinado objeto sem interferir nele, sem o alterar. Há a interferência de particularidades humanas e de valores. Essa relação sujeito/objeto é muito mais complexa do que aparenta ser. Apresenta importantes implicações, demonstrando a interferência estrutural do sujeito sobre o objeto observado (p. 2).

Entendemos que há interesses na construção de conhecimentos que não são neutros, nem tampouco formulados na objetividade absoluta. Isso significa um reposicionamento epistemológico que parte do princípio de que “a certeza generalizada é um mito” (11) e que a ilusão da infalibilidade só tem aderência a um pensamento simplificador da realidade.

Entretanto, pensar na implicação do sujeito produtor de conhecimento não significa invalidar a produção, mas submetê-la aos mecanismos de controle desenvolvidos para minimizar possíveis distorções, tais como verificações ou até mesmo avaliação de comissões de ética, conforme Martins Filho & Narvai (12).

Os autores ainda problematizam dizendo que não se trata de desqualificar a metodologia científica na produção de conhecimentos, nem os mecanismos de controle de verificação, mas de dar acento aos saberes produzidos na implicação sujeito-objeto.

A mudança paradigmática está na transformação dos princípios organizadores do conhecimento, na possibilidade de olhar para a vida de forma complexa, que não quer dizer complicada, nem tampouco distante da simplicidade. Complexidade no sentido da multidimensionalidade do conhecimento que não se sujeita ao paradigma da razão como único modo de interpretar a realidade. Essa forma de compreensão do conhecimento também considera a sua provisoriidade, o movimento das certezas, a ideia de que os conhecimentos não são definitivos, não estão dados *a priori*, mas subordinados às nossas possibilidades de interpretação.

Conhecer é buscar compreender a realidade. Como dito anteriormente, o conhecimento por si só não garante a transformação, mas nos dá suporte para a tomada de decisão. Esse movimento é atravessado por outros fatores não menos importantes, tanto no âmbito pessoal quanto no social. Por exemplo, direcionamentos políticos podem impulsionar ou encapsular possíveis tomadas de decisão a partir de evidências científicas – ou a sua negação. Nós advogamos a mudança da realidade a partir do conhecimento a um quarto degrau nesse processo: o da sabedoria.

Sabedoria – o quarto passo

Enquanto o conhecimento refere-se à informação analisada e incorporada, a sabedoria humana pode ser entendida como a submissão do conhecimento a um conjunto de valores. Ela serve para orientar, canalizar e focalizar o conhecimento elaborado a favor do bem-estar da humanidade. Dito de outro modo, o conhecimento é o substrato da sabedoria; e essa, a sabedoria, se materializa na aplicação do conhecimento para promover uma mudança na realidade. É bem verdade – e nos cabe alertar – que boa parte dos dicionários trazem conhecimento e sabedoria como sinônimos. Não é o nosso caso! E ratificando nosso posicionamento, Gonçalves (13) diz que:

Conhecimento não é sinônimo de sabedoria. Os dois nem sempre caminham juntos. Com efeito, há os que acumulam grandes doses, cifras e fórmulas de informações. Ingerem por todos os poros múltiplos e variados dados a serem computadorizados. Ao lado disso, porém, exibem uma sabedoria mesquinha. E inversamente, existem os que, mesmo tendo limitadas potencialidades e sendo praticamente analfabetos, revelam grande sabedoria. O conhecimento tem a ver com a capacidade de armazenar saberes, muitos e distintos; a sabedoria coincide com a capacidade de cruzá-los e colocá-los em prática.

Saber sobre algo ou alguma coisa significa que esse objeto foi submetido a uma análise detalhada, sob diferentes prismas. Diante de uma situação concreta, é possível, então, determinar um universo de consequências para cada potencial escolha que se faça. Portanto, parece adequada a concepção apresentada por Zubiri (14), o qual afirma que saber é discernir *o que é do que não é*.

Aqui cabe uma síntese das diferenças entre informação, conhecimento e saber. Nas palavras de Monteil, *apud* Charlot (15, p. 61):

A **informação** é um dado exterior ao sujeito, pode ser armazenada, estocada, inclusive em um banco de dados; está “sob a primazia da objetividade”. O **conhecimento** é o resultado de uma experiência pessoal ligada à atividade de um sujeito provido de qualidades afetivo-cognitivas; como tal, é intransmissível, está “sob a primazia da subjetividade”. Assim, como a informação, o saber está “sob a primazia da objetividade”; mas, é uma informação de que o sujeito se apropria. Desse ponto de vista, é também conhecimento, porém, desvinculado do “invólucro dogmático no qual a subjetividade tende a instalá-lo”. O **saber** é produzido pelo sujeito confrontado a outros sujeitos, é construído em “quadros metodológicos”. Pode, portanto, “entrar na ordem do objeto”; e torna-se, então, “um produto comunicável”, uma “informação disponível para outrem” (grifos nossos).

Assim, o saber envolve múltiplas relações: sujeito-objeto, sujeito-sujeito e sujeito-realidade. E essa é a dimensão epistemológica da sabedoria que traz os estados cognitivos para a sua realização, mas a conduta é orientada por posicionamento ético, uma outra dimensão constituinte.

Spletstösser (16) apresenta princípios que embasam a sabedoria humana a partir de uma elaboração teórica que pretende atualizar os estudos sobre a temática. A autora aponta para a necessária consciência da natureza humana e do estado de ignorância, o compromisso com a inovação, a atividade cognitiva crítica e o entrelaçamento das virtudes intelectuais à sensibilidade no sentido de uma orientação moral.

A sabedoria, então, está relacionada ao discernimento do significado do conhecimento, mas também reflete sobre o seu uso sabendo da limitação intrínseca ao processo de conhecer.

Um todo no gerenciamento dos serviços de saúde

O centro do processo de gestão é uma necessidade social, frequentemente traduzida como uma demanda por serviços ou produtos. Na Saúde, a gestão é a função que visa melhorar o desempenho (a eficiência e a efetividade) dos serviços no cumprimento das suas finalidades de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. No caso da Atenção Básica (AB), por exemplo, há a expectativa de que suas práticas sejam, simultaneamente, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a realidade socio sanitária do território.

Em se tratando de uma necessidade de saúde (das pessoas/usuários, famílias, comunidade ou dos serviços de saúde), pode-se dizer que o centro do processo de gestão está referido a algum “problema de saúde” (saúde de populações e serviços de saúde), aqui definido como uma situação sanitária que se afasta de um determinado padrão de qualidade, meta ou expectativa justificada.

De qualquer forma, só é possível gerenciar um sistema ou um serviço de saúde a partir do conhecimento das necessidades e demandas dos seus usuários e do contexto no qual se insere. O sucesso da gestão, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações utilizadas para tomar decisões. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos serviços de saúde como das pessoas que os utilizam (usuários). Didaticamente, pode-se dizer que se referem tanto à análise das condições de saúde da população quanto à avaliação da estrutura e desempenho da organização.

Essas informações devem expressar as características que evidenciam as condições de vida e de saúde da população e que são responsáveis pela geração das demandas ao SUS e, em especial, “se” e “como” essas demandas estão sendo satisfeitas. Para tal, é necessário, entretanto, dispor de informações de saúde que sejam suficientemente específicas.

No caso de uma equipe de Saúde da Família (eSF), as perguntas a serem respondidas seriam: *de que adoece e morre a população e porque a população adoece e morre por essas causas? Além disso, qual a contribuição do sistema de saúde e da eSF para essa situação?*

Na área de abrangência das eSF, as informações presentes no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) são fundamentais para responder à primeira pergunta. Esse conhecimento pode ser complementado por observação de campo e entrevista com informantes-chave. A análise dos dados demográficos, por sua vez, nos permite prever necessidades em saúde maiores ou menores em tal agrupamento de sexo ou de faixa etária, bem como antecipar a demanda aos serviços de assistência pré-natal a partir da estimativa de gestantes. Mas essas informações também têm outra função: permitir a construção dos indicadores de morbimortalidade, servindo como denominadores.

A compreensão da situação sanitária, além disso, demanda a análise de determinantes socioeconômicos e ambientais que ajudam a explicar a ocorrência dos agravos e óbitos: tipo de habitação e abastecimento de água, destino dos dejetos e do lixo, acesso à energia elétrica e situação da moradia, acesso aos equipamentos urbanos, renda familiar, inserção no mercado de trabalho e ocupação do chefe de família e escolaridade da mãe, entre outros.

Para responder à segunda pergunta (qual a contribuição do sistema de saúde e da “organização”, no caso uma eSF, para essa situação?), é fundamental analisar a capacidade instalada e o funcionamento da eSF e de elementos gerais da Rede de Atenção à Saúde à qual a eSF se conecta e da qual é, certamente, interdependente.

Em resumo, esse questionamento pode ser equacionado por meio de:

1. Reconhecimento do território, portanto do contexto social, político, econômico e cultural em que se insere a organização, seus usuários e o planejamento;
2. Análise das condições de saúde da população adscrita e de seus determinantes sociodemográficos, ambientais e culturais;
3. Análise da estrutura e desempenho da eSF e do SUS ao qual essa equipe se conecta sistemicamente e por meio das redes de atenção à saúde;
4. Identificação, descrição, seleção e análise dos problemas prioritários.

Evidentemente, não existe uma problemática única ou fórmulas simples que deem conta de compreender o conjunto das variáveis que estão colocadas em uma determinada situação. A compreensão da realidade em sua “totalidade” deve ser perseguida, considerando-se múltiplas relações: sujeito-objeto, sujeito-sujeito e sujeito-realidade, mas sabendo-se de antemão que nunca será alcançada.

Vimos que a sabedoria se materializa na aplicação do conhecimento para tomar decisões que promovam uma mudança na realidade, portanto por meio de ações que enfrentam problemas. Essas decisões serão mais eficientes se aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das ações necessárias para implementá-las conhecem suas razões e origens e, em particular, quando tomaram parte na sua elaboração. No âmbito da gestão em saúde, cujos princípios apontam para a desconcentração de poder e a delegação de competências, o enfrentamento dos “problemas” obriga a dispor de todas as visões que possam contribuir para sua compreensão e enfrentamento.

Em uma sociedade democrática, a viabilidade de todo e qualquer processo de mudança organizacional depende da abertura de processos intersubjetivos de “criação e recriação de acordos, de pactos, sempre conjunturais e transitórios” (17, p. 159).

Em oposição ao “modelo tradicional” de gestão das organizações de saúde, Cecílio (18) refere-se a um “modelo democrático”, cujos contornos gerais parecem corresponder a: gestão democrática, descentralizada, com ênfase na autonomia e direção colegiada em todos os níveis da organização; organogramas horizontalizados (diminuição dos níveis hierárquicos) e ênfase no trabalho em equipe; profissionalização da gerência; e adoção do planejamento estratégico para a elaboração e avaliação regular,

periódica de planos da direção. Daí conceder-se grande ênfase à ação comunicativa e à “administração da incerteza” como o núcleo central da gestão em saúde.

Com o conceito de ação comunicativa, Habermas (19) refere-se à interação de sujeitos que buscam entendimento acerca de uma situação, utilizando a linguagem para coordenar seus planos de ação e, com estes, suas ações propriamente ditas. Esse modelo tematiza a função interpretativa da linguagem com o objetivo expresso de não reduzir a ação social a operações interpretativas.

O entendimento remete à noção de acordo racionalmente motivado ou processo cooperativo de interpretação da realidade, que se mede por sua pretensão de validade. "Pretensão de validade" caracteriza diversas categorias de um saber que se encarna em manifestações simbólicas que podem ser analisadas sob a perspectiva de sua fundamentação, mas também de como os atores as utilizam para tomar decisões.

Em face da complexidade crescente que envolve os processos de gestão no cuidado da saúde, cabe destacar a importância do tratamento dos dados em sua origem, com completude e fidedignidade. Apenas o comprometimento dos profissionais no manejo de documentos-fonte pode garantir bases sólidas e adequadas para a obtenção de informações e conhecimento a fim de subsidiar a tomada de decisões em prol do aumento do acesso e da qualidade da saúde de nossa população.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Referências

1. Setzer VW. Dado, informação, conhecimento e competência. DataGramZero Revista de Ciência da Informação. 2015; n. 0, v. 28.
2. Michaelis, Melhoria; Michaelis H. Dicionário brasileiro da língua portuguesa. Software Anti, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/dado/> Acesso em: 09/jul/2023.
3. Silva FCC. Gestão de dados científicos. Interciência, 2020.
4. Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. Cadernos de Saúde Pública. 2021; v. 37, p. e00182119.
5. Senra NC. O saber e o poder das estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os Estados nacionais e com as ciências. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações. 2005; p. 330.
6. Garcia LP Duarte E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2020; v. 29, p. e2020186,
7. Libâneo JC. Organização e gestão da escola: teoria e prática. 5. ed. revista e ampliada-Goiânia: MF livros, 2008
8. Pellicer GE. La moda tecnológica en la educación: los peligros de un espejismo. Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación. 1997; 9, 81-92. Disponível em: <https://recyt.fecyt.es/index.php/pixel/article/view/61105>. Acesso em: 08/jul/2023.
9. Almeida MCX. Educação como aprendizagem da vida. Educar em Revista. 2008; p. 43-55.
10. Loro AP; Barcelos, V. Ciência moderna e mudança paradigmática: um diálogo com Edgar Morin e Boaventura de Sousa Santos. Revista Educação Pública. Online, 2009.

11. Morin E. Da necessidade de um pensamento complexo. Representação e complexidade. Rio de Janeiro: Garamond. 2003; p. 69-77.
12. Martins Filho MT; Narvai PC. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. Saúde em debate. 2013; v. 37, p. 646-654.
13. Gonçalves AJ. Conhecimento versus Sabedoria. Instituto Humanitas Unisinos, 2023. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/634633-conhecimento-versus-sabedoria-artigo-de-alfredo-j-goncalves>. Acesso em: 13/jul/2023.
14. Zubiri X. Naturaleza, historia, Dios. Ed. Madrid: Editora Nacional. 1974; 5.ed. p. 121-121.
15. Charlot B. Da relação com o saber: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000; v. 3, n. 1, p. 190-192.
16. Splettstösser AI. A Teoria Fundante Da Sabedoria. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. PUC/RS. 2018. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7976> Acesso em: 11/jul/2023.
17. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. Ciência & saúde coletiva. 2001; v. 6, p. 151-164,
18. Cecílio LCO. Uma Sistematização e Discussão de Tecnologia Leve de Planejamento Estratégico Aplicada ao Setor Governamental in Agir em Saúde. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial. 1997; 151-167.
19. Habermas J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidade de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. Habermas J. Teoria de la acción comunicativa I. Madrid: Taurus. 1987; p. 110-146.

Como citar	Souza CDF, Cardoso AJC, Gomes MQ, Justino JR, Tomasi E. Informação para a tomada de decisão: um modelo conceitual para a gestão em saúde. Revista Portal Saúde e Sociedade, 9 (único): e02409002esp. DOI: 10.28998/rpss.e02409002esp
	Este é um artigo publicado em acesso aberto (<i>Open Access</i>) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado
Conflito de interesses	Sem conflito de interesse
Financiamento	Sem apoio financeiro
Contribuições dos autores	Concepção e/ou delineamento do estudo: CDFS, JRJ, ET, MQG, AJCC. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: CDFS, JRJ, ET, MQG, AJCC. Redação preliminar: CDFS, JRJ, ET, MQG, AJCC. Revisão crítica da versão preliminar: CDFS, JRJ, ET, MQG, AJCC. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.
Este texto é fruto do programa de pós-graduação <i>stricto sensu</i> Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).	