

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL PRÓ-
REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DA SAÚDE

**MESTRADO PROFISSIONAL EM INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR
DA SAÚDE**

Renato Alexandre Cintra

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: DADO, INFORMAÇÃO E
CONHECIMENTO COMO ALICERCE PARA A TOMADA DE DECISÃO**

**São Caetano do Sul
2020**

RENATO ALEXANDRE CINTRA

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: DADO, INFORMAÇÃO E
CONHECIMENTO COMO ALICERCE PARA A TOMADA DE DECISÃO**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino da Saúde – Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino da Saúde.

Área de concentração: Inovações educacionais em saúde orientadas pela integralidade do cuidado.

Linha de Pesquisa: Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS

Orientador (a): Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado

**São Caetano do Sul
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

CINTRA, Renato Alexandre

Gestão da Informação em Saúde: Dado, Informação e Conhecimento como Alicerce para Tomada de Decisão / Renato Alexandre Cintra. – São Caetano do Sul: USCS / Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2020.

97 p.

Orientador: Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado

Dissertação (Mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Programa de Pós-Graduação em Ensino da Saúde – Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior da Saúde – 2020

1. Gestão da Informação 2. Gestão do Conhecimento 3. Tomada de Decisão
4. Prática Baseada em Evidências 5. Fontes de Informação 6. Atenção Primária à Saúde

DEDICATÓRIA

À minha filha Ana Luísa, sentido da minha vida.

À minha esposa Aclaudia.

À minha avó Assunta.

À memória do meu avô Augusto.

Aos meus pais, Rosangela e Hélio.

Aos meus tios, Sirlei e Agnaldo.

Aos meus irmãos e enteado, Matheus, Dayane e Anderson.

Aos meus primos, Thiago e Hirochi.

.

AGRADECIMENTOS

O trabalho que aqui se apresenta faz parte de um esforço e dedicação que foi acompanhado no seu desenvolvimento contando com apoios e incentivos para que se alcance o objetivo proposto. Portanto, gostaria de agradecer algumas pessoas pelo apoio e confiança que serviram de energia para percorrer o longo caminho até a conclusão deste trabalho.

Os primeiros agradecimentos vão para todos os profissionais dos serviços de saúde que permitiram a realização do estudo exploratório, em especial aos gestores locais destes serviços que tiveram um papel ativo e tornaram possível a realização e aplicação da pesquisa junto as suas equipes de saúde.

A Dra. Maria Eugênia Fernandes Pedroso de Lima, Coordenadora Geral da Associação Saúde da Família, por permitir que a Instituição seja um campo de estudo contínuo.

Ao Escritório Regional Sul da Associação Saúde da Família, em especial ao seu Coordenador Técnico Regional Dr. Paulo Fernando Capucci pela oportunidade de convivência, compartilhamento de experiências, confiança e apoio demonstrado para e durante a realização do trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda, apoio e troca de ideias, em especial ao Dr. Arnaldo Goldbaum que por inúmeras vezes me incentivou na condução do trabalho.

Ao Dr. Davi Rumel pela ajuda, apoio e troca de ideias sempre produtivas e animadoras.

A todos os professores que ao longo do curso transmitiram conhecimentos do mais alto nível de qualidade e se colocaram sempre à disposição para contribuir com o aprendizado de seus alunos.

Aos meus colegas de turma por compartilhar seus conhecimentos a fim de contribuir com aprendizado mútuo.

A Banca Examinadora de Qualificação composta pelos professores e doutores Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado, Prof.^a Dra. Lena Vânia Carneiro Peres e Prof.^a Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda pelos esclarecimentos e direcionamento para conclusão do trabalho.

Dirijo os meus mais sinceros agradecimentos ao meu orientador Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado que desde do início acreditou, confiou e me incentivou. Para ele cada aluno possui um deslocamento próprio de aprendizado, isso demonstra claramente que cada aluno têm o seu valor, independente da sua trajetória acadêmica ou profissional, e graças essa visão me senti acolhido e estimulado a trilhar rumo ao objetivo final. O meu muito obrigado.

Agradeço a minha família pelo apoio e confiança que sempre depositaram em mim. À minha avó por tudo que ela é e representa e ao meu avô por tudo que ele foi e representou. Ambos não tiveram o privilégio de ter acesso aos estudos, no entanto, sabiam da sua importância e não mediram esforços, paciência e dedicação na minha formação acadêmica, profissional e principalmente como cidadão.

Agradeço a minha esposa pelo apoio, confiança e convivência, especialmente pela linda família que temos juntos.

RESUMO

A mão de obra, o capital financeiro e a tecnologia são considerados recursos vitais para qualquer organização, entretanto, a informação passou a ter um destaque e se tornou um bem valioso equivalente a qualquer outro recurso escasso sendo capaz de revolucionar a maneira como se trabalha e pensa (MACGEE; PRUSAK, 1994).

Esse momento nos coloca em meio ao que Davenport (1998) denomina a nova Era da Informação. Apesar das diversas medidas estabelecidas em todo mundo e a sua importância a fim de garantir o acesso às informações, elas podem ser insuficientes uma vez que a capacidade das pessoas em recuperar e fazer o uso da informação não sejam continuamente aperfeiçoadas, particularmente em sistemas de saúde complexos que visam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. No âmbito da cadeia de valor que compõe os Cuidados em Saúde (Health Care), a informação como recurso da gestão e da tomada de decisão não é menos importante.

Aproximação que o autor fez neste estudo é de natureza científica e com uma metodologia adequada. No qual, recorreu de um estudo do tipo exploratório, em que desenvolveu as seguintes operações metodológicas: 1) revisão bibliográfica, que de acordo com Lakatos e Marconi (2003) essa metodologia de pesquisa visa gerar novos conhecimentos sobre a análise de conhecimentos já construídos anteriormente sobre o tema escolhido; 2) a partir da revisão foi elaborado um questionário estruturado, no qual, a mensuração ocorreu utilizando a escala de Likert e Phrase Completion, que segundo Júnior e Costa (2014) e Martins (2016) essas escalas tendem a serem mais lógicas e intuitivas pelo fato de medir diretamente o construto analisado; 3) a aplicação do questionário ocorreu com os profissionais de oito categorias, são elas: Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Gestor Local do Serviço de Saúde, Médico e Técnico em Saúde Bucal, distribuídos em 18 serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS); e 4) para a análise estatística dos dados coletados se fez uso do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), com a finalidade de obter o tratamento dos dados de forma sistematizada levando a realização de diversos cálculos (Análise Multivariada).

Compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde fazem o uso da informação no processo de tomada de decisão, é importante para que os gestores dos serviços de saúde consigam identificar se o uso da informação por esses profissionais resulta no melhor cuidado do paciente, visando garantir a população acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Os dados analisados a partir da elaboração do questionário, que teve como objetivo avaliar o quanto a Instituição vem atuando a fim superar as barreiras no uso da informação mencionadas na literatura, trouxeram resultados otimistas em relação ao potencial uso da informação no processo de trabalho dos serviços de saúde objeto de pesquisa deste trabalho. No entanto, elementos extraídos da análise dos dados do questionário indicam que o tema Gestão da Informação precisa ser melhor disseminado nesses serviços de saúde.

A partir de todo material pesquisado (referencial teórico e revisão bibliográfica) e da análise realizada a partir dos dados coletados do questionário foi possível reunir informações que fundamentaram a construção de um modelo de gerenciamento de informação em saúde (Produto) que dialogue com os principais elementos extraídos do enquadramento teórico.

O produto foi construído em uma plataforma online com a finalidade de torna-lo interativo e colaborativo, e que possa servir aos interesses dos tomadores de decisão dos serviços de saúde reunindo informações relevantes a luz do tema Gestão da Informação em Saúde.

Desejamos que a preocupação com a informação caminhe ao lado da atenção em absorve-la e a utiliza-la no momento certo pelas pessoas certas, para que os esforços na geração dos grandes volumes de dados não resultem na sua subutilização.

Palavras-chave: Gestão da Informação; Gestão do Conhecimento; Tomada de Decisão; Prática Baseada em Evidências; Fontes de Informação; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Manpower, financial capital and technology are considered vital resources for any organization, however, information has become prominent and has become a valuable asset equivalent to any other scarce resource being able to revolutionize the way we work and thinks (MACGEE; PRUSAK, 1994).

This moment puts us in the midst of what Davenport (1998) calls the new Information Age. Despite the various measures established worldwide and their importance in order to guarantee access to information, they may be insufficient since people's ability to recover and make use of the information is not continuously improved, particularly in health systems. complexes aimed at quality of care and patient safety. Within the scope of the value chain that makes up Health Care (Health Care), information as a resource for management and decision making is no less important.

Approximation that the author made in this study is of a scientific nature and with an appropriate methodology. In which, he resorted to an exploratory study, in which he developed the following methodological operations: 1) bibliographic review, which, according to Lakatos and Marconi (2003), this research methodology aims to generate new knowledge about the analysis of knowledge previously built on the chosen topic; 2) from the review, a structured questionnaire was elaborated, in which the measurement occurred using the Likert and Phrase Completion scale, which according to Júnior and Costa (2014) and Martins (2016) these scales tend to be more logical and intuitive by fact of directly measuring the analyzed construct; 3) the questionnaire was applied to professionals in eight categories, namely: Community Health Agent, Nursing Assistant, Oral Health Assistant, Dental Surgeon, Nurse, Local Manager of the Health Service, Doctor and Technician in Oral Health, distributed in 18 health services of Primary Health Care (PHC); and 4) for the statistical analysis of the collected data, the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences) was used, with the purpose of obtaining the treatment of the data in a systematic way, leading to the performance of several calculations (Multivariate Analysis).

Understanding how Primary Health Care professionals use information in the decision-making process is important for health service managers to be able to identify whether the use of information by these professionals results in better patient care, in order to ensure the population access, integrality, longitudinality and coordination of care.

The data analyzed from the elaboration of the questionnaire, which aimed to assess how much the Institution has been acting in order to overcome the barriers in the use of information mentioned in the literature, brought optimistic results in relation to the potential use of information in the work process of the services object of research in this work. However, elements extracted from the analysis of the questionnaire data indicate that the topic of Information Management needs to be better disseminated in these health services.

From all the material researched (theoretical framework and bibliographic review) and the analysis carried out from the data collected from the questionnaire, it was possible to gather information that supported the construction of a health information management model (Product) that dialogues with the main elements extracted from the theoretical framework.

The product was built on an online platform with the purpose of making it interactive and collaborative, and that can serve the interests of health service decision makers by gathering relevant information in the light of the Health Information Management theme.

We hope that the concern with information goes hand in hand with the attention to absorbing it and using it at the right time by the right people, so that efforts to generate large volumes of data do not result in its underutilization.

Keywords: Information Management; Knowledge management; Decision making; Evidence-Based Practice; Information sources; Primary Health Care.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTACT	ix
SUMÁRIO	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
ÍNDICE DE QUADROS	xiv
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
INTRODUÇÃO	1
1. Hipótese.....	5
2. Objetivo Geral	5
3. Objetivo Específico.....	5
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
CAPÍTULO 2 – MATERIAIS E MÉTODOS	16
1. Etapas da Revisão Bibliográfica	17
1.1 Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa	17
1.2 Estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão	18
1.3 Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados	19
1.4 Categorização dos estudos selecionados	19
1.5 Análise e interpretação dos resultados	20
2. Elaboração do Questionário	22
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
1. Caracterização da amostra	24
2. Caracterização do respondente.....	26
3. Preparação do respondente para utilização das escalas: Likert e Phrase Completion .	27
4. Análise dos dados	28
4.1 A Instituição deve desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão	28
4.2 A Instituição deve desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão	30
4.3 A Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão	32

4.4 A Instituição deve fornecer para seus profissionais recursos para o uso da informação para tomada de decisão	34
4.5 A Instituição deve fornecer para seus profissionais tempo para o uso da informação para tomada de decisão	36
4.6 As principais fontes de informação utilizadas para tomada de decisão no serviço de saúde.....	38
5. O quanto o respondente está familiarizado com o tema Gestão da Informação	40
CAPÍTULO 4 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	42
CAPÍTULO 5 – PRODUTO	43
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICE	52
APÊNDICE A - Mapa Conceitual.....	53
APÊNDICE B - Team-Based Learning - TBL.....	54
APÊNDICE C - Expressão de Busca.....	58
APÊNDICE D - Questionário	59
APÊNDICE E - TCLE	64
APÊNDICE F - Cronograma do Projeto.....	67
APÊNDICE G - Matriz Síntese Resumida	68
APÊNDICE H - Matriz de Resultados	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Principais barreiras encontradas na literatura distribuídas por categoria e número de ocorrências (N=18)	21
Tabela 2 – Tamanho da população e amostra por Unidade Básica de Saúde	24
Tabela 3– Tamanho da população e amostra por Unidade Básica de Saúde, com respostas completas	25
Tabela 4 – Avaliação do respondente, por categoria, se a explicação do funcionamento do questionário ocorreu de forma clara.....	28
Tabela 5 – Questão 1a: A Instituição deve desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão	29
Tabela 6 – Questão 1b: O quanto a Instituição desenvolveu em mim a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão	30
Tabela 7 – Questão 2a: A Instituição deve desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão	31
Tabela 8 – Questão 2b: O quanto a Instituição desenvolveu em mim uma cultura no uso da informação para tomada de decisão	32
Tabela 9 – Questão 3a: A Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão	33
Tabela 10 – Questão 3b: O quanto o gestor me apoiou no uso da informação para tomada de decisão	34
Tabela 11 – Questão 4a: A Instituição deve fornecer para seus profissionais recursos para o uso da informação para tomada de decisão	35
Tabela 12 – Questão 4b: O quanto a Instituição me disponibilizou recursos para o uso da informação para tomada de decisão	36
Tabela 13 – Questão 5a: Instituição deve fornecer para seus profissionais tempo para o uso da informação para tomada de decisão	37
Tabela 14 – Questão 5b: O quanto a Instituição me disponibilizou tempo para o uso da informação para tomada de decisão	38
Tabela 15 – As principais fontes de informação utilizadas para toma de decisão no serviço de saúde por categoria profissional	40

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Competências em Saúde Pública Baseada em Evidências	12
Quadro 2 - Descrição das etapas da revisão bibliográfica	17
Quadro 3 - Exemplo de categorização das barreiras encontradas na literatura	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tarefas do Processo de Gerenciamento de Informações	8
Figura 2 – Modelo ecológico para o gerenciamento da informação	10
Figura 3 – A organização do conhecimento	11
Figura 4 - Abordagem de treinamento para saúde pública baseada em evidências.....	14
Figura 5 – Exemplo de afirmação a ser analisada pelo respondente utilizando a Escala de Likert.....	22
Figura 6 – Exemplo de afirmação a ser analisada pelo respondente utilizando a Escala de Phrase Completion	23
Figura 7 – Ícones com funcionalidades complementares presentes no mapa mental	44
Figura 8 - Modelo de gerenciamento de informação em saúde.....	45

INTRODUÇÃO

A mão de obra, o capital financeiro e a tecnologia são considerados recursos vitais para qualquer organização, entretanto, a informação passou a ter um destaque e se tornou um bem valioso equivalente a qualquer outro recurso escasso sendo capaz de revolucionar a maneira como se trabalha e pensa (MACGEE; PRUSAK, 1994). Esse momento nos coloca em meio o que Davenport (1998) denomina a nova Era da Informação.

No entanto, mesmo antes disso alguns países já compreendiam que a informação era um recurso importante quando avaliaram que o processo democrático de um país só é efetivamente qualificado quando seu público tem acesso às informações sobre as atividades e políticas do governo (BANISAR, 2006), e caminhando nessa direção a Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção estabeleceu medidas para que cada Estado membro garanta que o seu público tenham acesso efetivo à informação (UNITED NATIONS, 2004).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a todos os cidadãos o direito de receber dos órgãos públicos informações de interesse particular ou coletivo. Em 2011 o governo adotou dispositivos através da Lei Nº 12.527 com a finalidade de garantir o acesso a informações conforme previsto na Constituição (BRASIL, 1988, 2011). Um exemplo dessa garantia de acesso à informação pode ser observada na área da saúde em que o governo brasileiro, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) atrelado ao Ministério da Saúde, passou a disponibilizar à população um conjunto de informações sobre doenças infecciosas, mortalidade e sobrevivência, indicadores de saúde, rede assistencial e recursos financeiros.

Apesar das diversas medidas estabelecidas em todo mundo e a sua importância a fim de garantir o acesso as informações, elas podem ser insuficientes uma vez que a capacidade das pessoas em recuperar e fazer o uso da informação não sejam continuamente aperfeiçoadas, particularmente em sistemas de saúde complexos que visam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

No âmbito da cadeia de valor que compõe os Cuidados em Saúde (Health Care), a informação como recurso da gestão e da tomada de decisão não é menos importante.

A expectativa de vida crescente da população, os avanços da medicina no diagnóstico de doenças e as modernas Tecnologias de Informação (TI) foram considerados fatores determinantes para pesquisa em informática médica na última década. Como consequência, elevou-se a produção e acesso à informação em todos os níveis do sistema de saúde (KNAUP et al., 2014; KLERINGS; WEINHANDL; THALER, 2015). Contudo, outros fatores também contribuíram para o aumento da produção da informação em saúde, como por exemplo, as políticas públicas e investimentos adotadas nos EUA e Canadá que incentivaram a utilização de sistemas básicos de registro eletrônicos de saúde, impulsionando a implementação e uso de Sistema de Informação em Saúde (SIS) em seus países (GIBSON; DIXON; ABRAMS, 2015).

Esse crescente movimento na adoção de SIS desperta preocupações sobre a tecnologia a ser adotada no tratamento das informações, principalmente a aqueles que têm como desafio a melhoria da qualidade do sistema. Sendo assim, um estudo realizado na Nigéria chama atenção pois aponta que a implantação da TI consegue superar em boa parte o desafio referente ao registro eletrônico de saúde e no apoio na tomada de decisão, entretanto, a complexibilidade do sistema de saúde exige uma abordagem holística na implementação da TI (TAIWO ADELEKE et al., 2015), corroborando com outro estudo que enfatiza que a tecnologia deve ser voltada a fim de apoiar o processo para se alcançar as melhores informações ao invés de manter o foco para aquilo que ela é capaz de fazer (MACGEE; PRUSAK, 1994).

A preocupação com a tecnologia a ser adotada no tratamento das informações é colocada por Davenport (1998) através de um alerta, no qual, o autor destaca que o nosso fascínio pela tecnologia tem nos afastados do principal objetivo da informação: informar. Esse alerta talvez possa explicar o que Nicol et al. (2017) vivenciou em seu estudo, que relata que apenas a implementação de um sistema de informação de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), na África do Sul, não foi o suficiente para que os dados sejam utilizados a fim de aumentar a eficiência e a eficácia do programa de prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV, e chama atenção para a percepção dos produtores de dados que estimam que a coleta dos dados termina em relatório que não mobiliza mudança no processo de trabalho.

Essa percepção que os dados coletados não resultam em melhoria no processo de trabalho na gestão do cuidado do paciente também estão presentes em outros estudos: a) Tshabalala e Taylor (2016) afirmam que no distrito de Amajuba, também

na África do Sul, os dados de saúde sistematicamente coletados nos serviços da APS são raramente utilizados para tomar medidas que tragam melhores resultados de saúde para população; b) Kiilu et al. (2015) observou que houve a necessidade de mais investimentos para sustentar o funcionamento adequado do SIS no Quênia, principalmente nas unidades de saúde das regiões periféricas que não acompanharam a qualidade esperada no registro dos dados; e c) Kumwenda et al. (2017) constata que apesar dos esforços do governo do Malawi em melhorar o processo sistemático de coleta e registro das informações dos programas de prevenção contra o HIV, os mesmos continuam ofertando informações de baixa qualidade.

Portanto, os estudos mencionados anteriormente sugerem que apenas realizar a coleta de dados de forma sistemática não traduz em melhorias para o sistema de saúde. Esse acontecimento pode ser explicado pelo fato que os dados não tem a missão de informar.

Macgee e Prusak (1994) consideram que o dado para se torna útil como informação deve ser composto pela coleta, organização e ordenação dos mesmos, ao quais, são atribuídos significados e contexto.

Ghosh, Mccarthy e Halcomb (2016) vivenciaram em seu estudo a transformação de dado em informação, no qual, a coleta de dados na APS foi acompanhada por um etapa denominada pelos autores como 'higienização' dos dados (coleta, organização e ordenação dos dados), em que os profissionais de saúde envolvidos nessa etapa foram estimulados a qualificar os registros das informações do paciente, resultando na identificação de pacientes com maior vulnerabilidade (atribuindo significados e contexto aos dados). Os autores ainda alertam que para se obter indicadores de saúde que melhorem o planejamento local, alocação de recursos e priorização das atividades é necessária uma atenção permanente na coleta de dados e no uso da informação.

Identificar quais informações são importantes para um público específico e no momento certo é considerado por Brownson et al. (2011) como a arte de tomar decisões, no qual, havendo um equilíbrio com a ciência (pesquisas epidemiológicas, comportamentais e políticas) sucederam em decisões significativas em saúde pública. O mesmo acredita que é possível melhorar a tomada de decisão e, finalmente, a prática na saúde pública aplicando os conceitos da Prática Baseada em Evidências (PBE).

O estudo de Farokhzadian, Khajouei e Ahmadian (2015) vai ao encontro de Brownson et al. (2011) e enfatiza que diante da grande quantidade de dados produzidos todos os dias no sistema de saúde, encontrar, recuperar e usar as informações existentes tornou-se um desafio, sendo assim, a PBE tem sido considerada um modelo de elevado padrão para prestação do cuidado, sugere ainda como uma habilidade fundamental.

Entretanto, outros estudos apontam elementos determinantes para que seja possível desenvolver essa habilidade fundamental, são eles: 1) atitude do profissional ainda que o conhecimento, a habilidade e as práticas atuais sejam satisfatórias (PÉTRÉ, B. et al, 2018); 2) habilidades do profissional de saúde em acessar, recuperar e aliar evidências na sua prática diária (MALIK; MCKENNA; PLUMMER, 2016); 3) motivação e competência, os indivíduos envolvidos na implementação da PBE devem estar suficientemente motivados para terem o interesse em buscar as melhores evidências para o cuidado do paciente e serem competentes para a recuperação da informação, interpretação dos dados e análise crítica. (WILLIAMS; PERILLO; BROWN, 2015); 4) divulgação de experiências exitosas no uso de evidência de pesquisa no sistema de saúde (ELLEN et al., 2014); e 5) estabelecer um cenário favorável a uso de pesquisa e um contexto clínico benéfico que permita a incorporação dessa prática nas organizações de saúde (ELLEN et al., 2014; MALIK; MCKENNA; PLUMMER, 2016).

Portanto, o presente trabalho visa a construção de um elo sob três pilares: Gestão da Informação (GI), Gestão do Conhecimento (GC) e Prática Baseada em Evidências (PBE). No qual, o estudo teve suas origens no contato com literatura sobre o tema Gestão da Informação, assim como Estrela (2014), no entanto, o autor busca analisar a sua importância na área da saúde pública.

1. Hipótese

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 , um Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) visando melhorar e modernizar o seu sistema de gerenciamento de informações e estabelecer uma cultura do uso da informação e a gestão do cuidado em saúde ofertado à população, levando em consideração os diferentes cenários de informatização existentes no país (MS, 2013).

No entanto, o contexto atual dos serviços de saúde gerenciados pela instituição parceira do poder público no município de São Paulo, a Associação Saúde da Família (ASF), observa-se a presença de instrumentos não informatizados de coleta de dados e diversos Sistemas de Informação que não possuem interoperabilidade entre si, produzindo um trabalho repetitivo de inserção de dados.

Portanto, cabe-se refletir se os dados coletados sistematicamente pelos profissionais da saúde são utilizados, por eles, como informação no processo de tomada de decisão visando a qualidade da assistência prestada à população.

2. Objetivo Geral

- Compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) fazem o uso da informação no processo de tomada de decisão.

3. Objetivo Específico

- Avaliar por meio de questionário se as barreiras observadas na literatura em relação a utilização da informação no processo de tomada de decisão se fazem presente também nos serviços de saúde que serão objeto deste estudo;
- Descrever as principais fontes de informação utilizadas pelos profissionais da saúde a fim de apoiar a sua tomada de decisão;
- Elaborar um guia de recomendações que possa servir de apoio para estabelecer uma cultura de uso da informação.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo visa apresentar a fundamentação teórica que serviu como base para construção da presente dissertação cujo o tema versa sobre Gestão da Informação em Saúde.

Gerenciar informação tornou-se, segundo Macgee e Prusak (1994), um bem tão valioso como qualquer outro, colocando a informação ao mesmo nível de importância que o capital e o trabalho. Corroborando com essa visão, Davenport (1998) nos coloca em meio ao que ele chama de uma nova Era da Informação. No entanto, valer-se das possibilidades estratégicas da informação é mais complexo do que se imagina, embora a literatura esteja repleta de pesquisas e conhecimentos a respeito do gerenciamento da informação o mesmo tende a uma compreensão incompleta em relação a sua estratégia de uso (MACGEE; PRUSAK, 1994).

A revolução industrial, nos séculos XVIII e XIX, trouxe mudanças estruturais, particularmente, pela substituição do trabalho artesanal pelo assalariado, o capital, já a revolução da informação traz a substituição do capital pela informação (MACGEE; PRUSAK, 1994), revolucionando a forma como se trabalha, compete e se pensa (DAVENPORT, 1998). No entanto, esse movimento depende de como se dará a organização dos indivíduos e grupos de modo que os seus conhecimentos e habilidades formem uma cadeia de valor completa, sendo de fundamental importância que as dificuldades de comunicação diminuam ao longo do tempo (MACGEE; PRUSAK, 1994).

Os autores, Macgee e Prusak (1994), observaram que a maioria das organizações voltaram boa parte dos seus investimentos, capital, na aquisição de ferramentas para o gerenciamento da informação, embora, a vantagem estratégica para uma organização esteja no resultado obtido no gerenciamento e uso da informação processada por essas ferramentas, fazendo com que o nosso fascínio pela tecnologia nos distancie do principal objetivo da informação que é informar (DAVENPORT, 1998). Um sistema de informação depende de agentes humanos para liberar com eficiência informações em tempo hábil mesmo diante de um cenário avançado de desenvolvimento tecnológico, uma vez que os seus usuários não tiverem interessados na informação que esse sistema pode vir a gerar de nada servirá a tecnologia por trás (MACGEE; PRUSAK, 1994; DAVENPORT, 1998). Não por acaso, Davenport (1998) sinaliza que na última década os Estados Unidos não tiveram,

proporcionalmente, um crescimento efetivo no uso da informação que justificasse cerca de três trilhões de dólares gastos em Tecnologia da Informação.

A informação vai além dos dados coletados, mas sim, na coleta, organização e ordenação desses dados. Sendo que para os dados se tornarem úteis como informação é necessário apresentá-los de forma que possibilite que uma pessoa responsável do processo decisório consiga relacioná-los e atuar sobre eles, uma vez que, informação representa dados em uso, e esse uso implica um usuário (MACGEE; PRUSAK, 1994).

Macgee e Prusak (1994), chamam atenção para a importância de colocar à disposição para análise e interpretação, dos tomadores de decisão, materiais potencialmente relevantes que auxiliem no direcionamento da melhor estratégia a ser adotada com a preocupação de evitar submergir o planejamento com informações irrelevantes ou de pouco valor. Ao encontro desse pensamento Davenport (1998) alerta que o foco principal deve estar no uso eficiente de uma quantidade relativamente pequena de informação e não na criação, aquisição e na distribuição de quantidades desmedidas de informação. Não por acaso, Brownson et al. (2011) considera que a habilidade de saber tomar decisões no momento certo aliada com informações importantes para parte interessada como o estado da Arte. Davenport (1998) ainda ressalta três perguntas que uma organização deve buscar responder a fim que a informação exerça uma função importante, são elas:

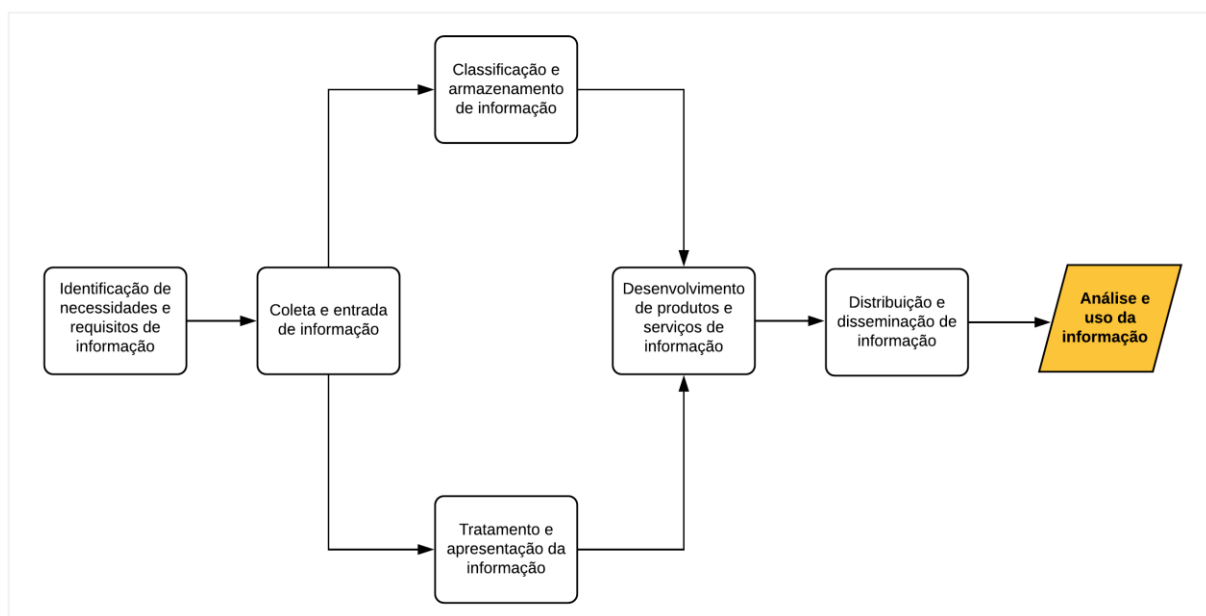
“Qual informação que a empresa precisa ter e dela se utilizar de maneira mais eficiente do que qualquer outra com relação a clientes, concorrentes e ambiente competitivo? Que informação as organizações precisam fornecer a seus clientes e fornecedores, e como esses a utilizarão (e a combinarão com a sua própria informação) para fornecer subsídios relevantes para a organização? Como poderão as organizações incorporar a informação a produtos e serviços existentes, e como poderão esses ser transformados em produtos de informação?”

Brownson et al. (2011) corrobora com esse pensamento e aborda em seu estudo sobre Saúde Pública Baseada em Evidências uma tentativa de mover o processo de tomada de decisão no sentido efetivo do uso de dados e evidências científicas, passando por uma abordagem proativa dos profissionais tomadores de decisão. Também traz perguntas importantes que fazem parte do contexto da Saúde Pública, no qual, o serviço de saúde busca em responde-las, são elas:

“Qual é o tamanho do problema de saúde pública? Existem intervenções eficazes para resolver o problema? Que informações sobre o contexto local e essa intervenção específica são úteis para decidir seu uso potencial na situação em questão? Um programa específico vale a pena ser executado ou uma política que vale a pena ter (isto é, é melhor do que alternativas) e proporcionará um retorno satisfatório do investimento, medido em termos monetários ou em impactos na saúde?”

Portanto, o desenvolvimento de uma arquitetura da informação a partir dos processos de gerenciamento de informação como elaborado por Macgee e Prusak (1994), e apresentado na Figura 1, no qual, esse processo percorre da *Identificação de necessidades e requisitos de informação* a *Análise e uso da informação*, se faz necessário a fim de exercer o uso efetivo da informação. Deve-se levar em consideração que a informação pode estar disposta em quatro modalidades dentro de uma instituição: a) informação não-estruturada; b) capital intelectual ou conhecimento; c) informação estruturada em papel; e d) informação estruturada em computadores (DAVENPORT, 1998).

Figura 1 - Tarefas do Processo de Gerenciamento de Informações



Fonte: Adaptado de Macgee e Prusak, 1994.

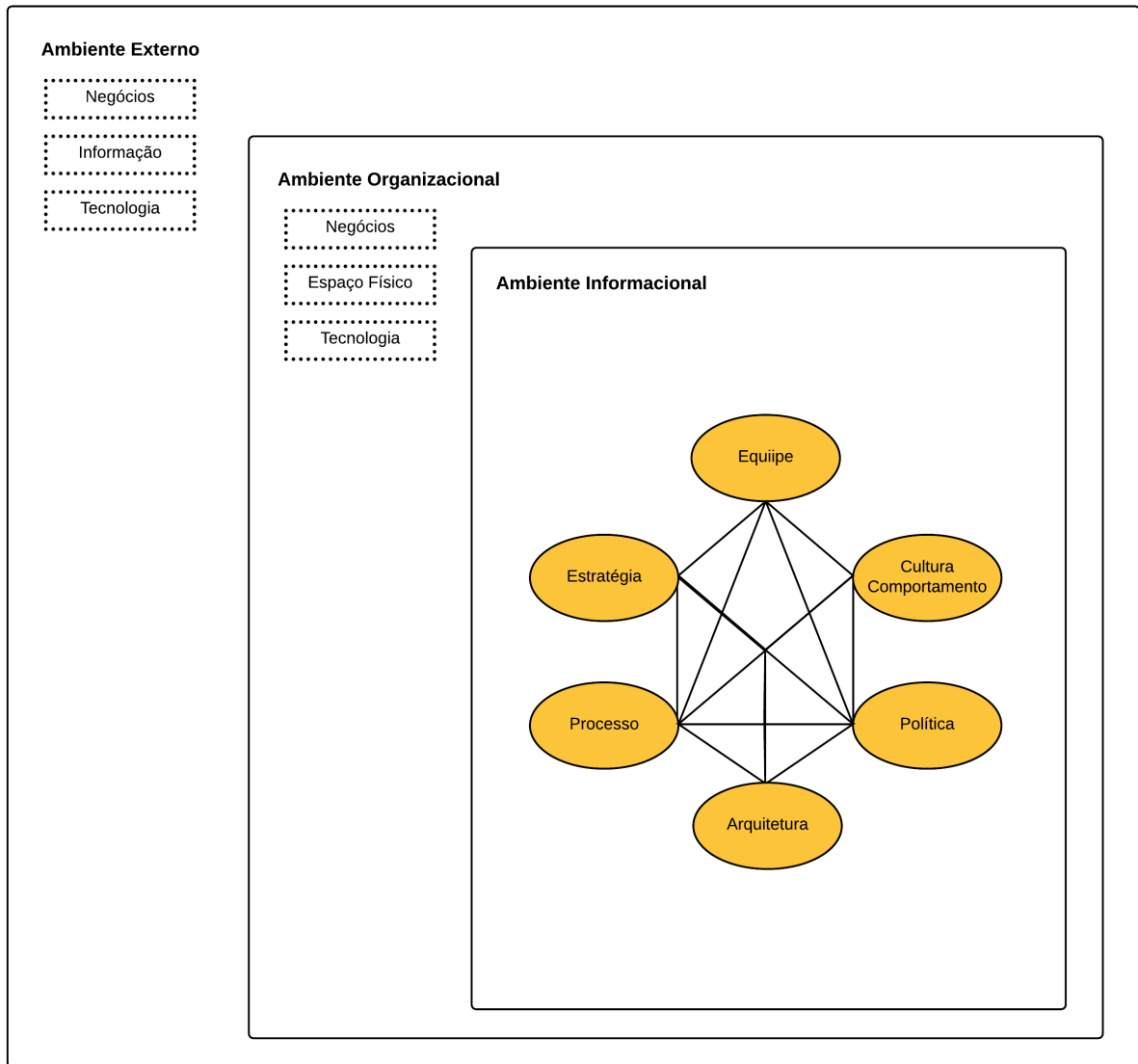
Outro ponto importante, segundo Macgee e Prusak (1994), a ser considerado para além desse processo é que as pessoas preferem utilizar outras pessoas como fonte de informação. Davenport (1998) compreende que isso ocorre porque as informações extraídas dos computadores não possuem, ou possuem muito pouco, significados ou contextos, desprovido de sequência ou causalidade, divulgados em formatos despreziosos e em um volume muito maior do que se deseja analisar.

Sendo assim, mapear os indivíduos dentro da organização que facilitem esse processo de gerenciamento de informação é importante em busca de informações qualificadas, e esses indivíduos são divididos em três tipos: 1) especialistas: funcionários com grande conhecimento de seu setor específico de atuação; 2) filtradores: funcionários que recebem diversas informações e filtram com objetivo de qualificar em relação a sua importância; e 3) fornecedores: funcionários que possuem grande volume de informação, no qual, desenvolvem e utilizam de redes informais de informação para disseminação de informação (MACGEE; PRUSAK, 1994). De acordo com Davenport (1998) e relatado em seu estudo o gerenciamento de informação pode ser facilitado em um ambiente com diferentes projetos se esses indivíduos forem distribuídos entre os projetos, com objetivo de transmitir informações a todos os membros do grupo e compartilhar com outros profissionais da organização.

Uso da informação e atividade que a envolve vai além de sistematizar a coleta de dados e ao emprego avançado da tecnologia para o gerenciamento da informação, pelo fato que a informação é um tipo de conhecimento de difícil aquisição, seja ela por leitura ou discussão sobre o tema (MACGEE; PRUSAK, 1994). Será necessária uma clara visão dos aspectos e atitudes humanas que cercam a informação e seu uso, uma vez que as habilidades necessárias para tal atividade incidem em conhecimentos e duras experiências adquiridas, no qual, se encontram dispersas dentro das organizações (MACGEE; PRUSAK, 1994; CHOO, 2003).

Entretanto, para alcançar essa clara visão os autores, Davenport (1998) e Choo (2003), compreendem ser necessário criar um ambiente que leve em conta a cultura organizacional, o comportamento e processos de trabalho, a política de informação e por fim a tecnologia, no qual, Davenport (1998) denomina essa perspectiva holística de ecologia da informação (Figura 2), se preocupando não apenas oferecer informação mas também facilitar o seu uso de maneira efetiva.

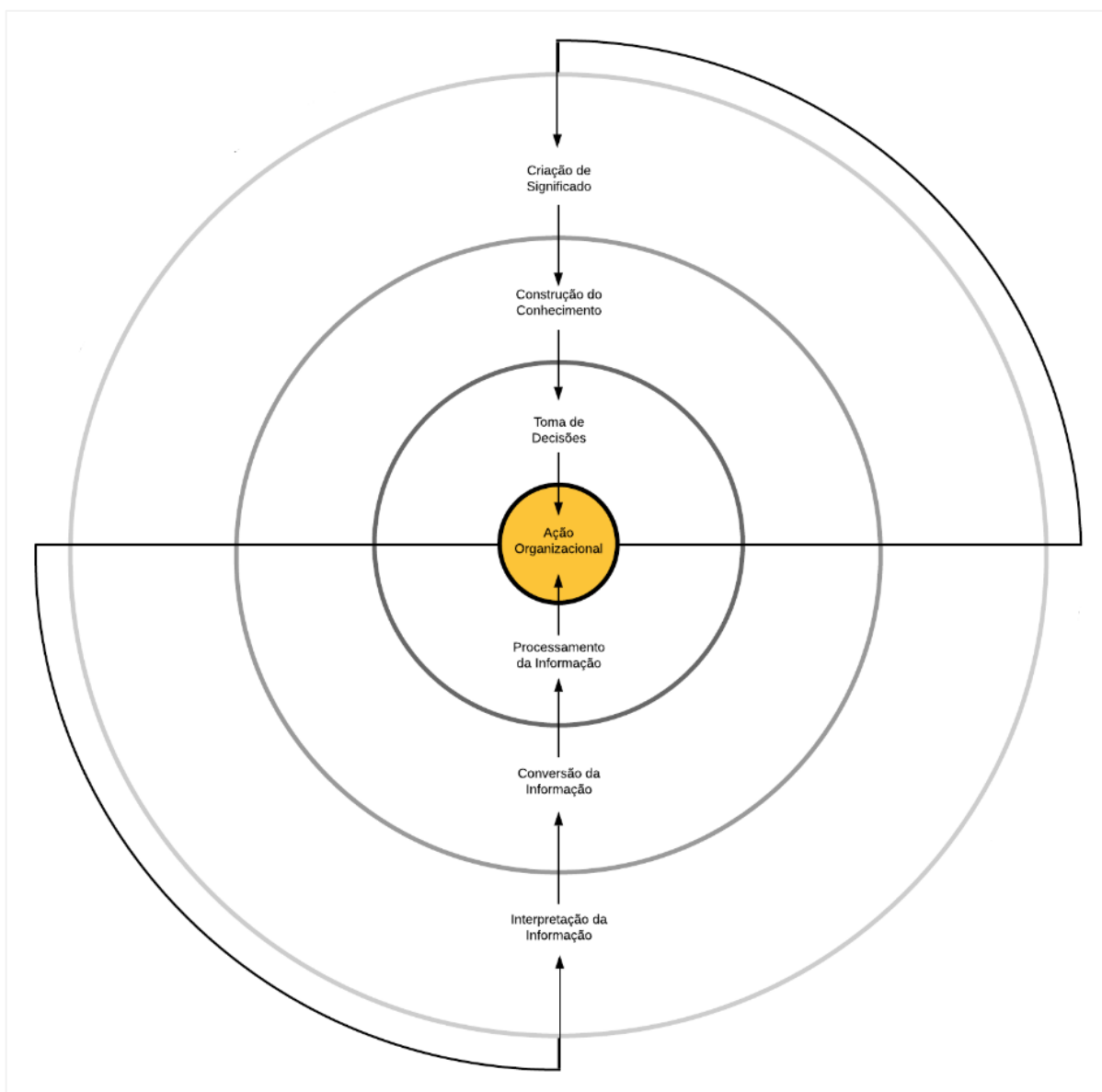
Figura 2 – Modelo ecológico para o gerenciamento da informação



Fonte: Adaptado de Davenport, 1998.

Choo (2003) corrobora com essa visão e complementa afirmando que o alinhamento dos processos entre criar significado, construir conhecimento e tomar decisões contribui para essa visão holística do uso da informação e ressalta que esses são elementos fundamentais na organização do conhecimento (Figura 3).

Figura 3 – A organização do conhecimento



Fonte: Adaptado de Choo, 2003.

No entanto, Brownson et al. (2011) chama atenção aos diversos contextos educacionais e de treinamento dos profissionais da saúde que devem ser levados em consideração a fim de aumentar o uso efetivo das evidências, principalmente, na prática da saúde pública. O mesmo faz esse alerta, uma vez que, o desenvolvimento das habilidades necessárias para localizar as evidências mais atuais, ou informações, não foram ensinadas de maneira uniforme no período de formação, ou pós-formação, acadêmica dos profissionais da saúde.

Sendo assim, um conjunto específico de competências são imprescindíveis para a aquisição das habilidades necessárias para toma de decisões baseadas em evidências, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Competências em Saúde Pública Baseada em Evidências

#	Título	Domínio (1)	Nível (2)	Competência
1	Contribuição da comunidade	C	B	Entenda a importância de obter informações da comunidade antes de planejar e implementar intervenções baseadas em evidências.
2	Conhecimento etiológico	E	B	Entenda a relação entre fatores de risco e doenças.
3	Avaliação comunitária	C	B	Entenda como definir o problema de saúde de acordo com as necessidades e ativos da população/comunidade de interesse.
4	Parcerias em vários níveis	P/C	B	Entenda a importância de identificar e desenvolver parcerias para abordar o problema com estratégias baseadas em evidências em vários níveis.
5	Desenvolvendo uma declaração concisa do problema	PBE	B	Entenda a importância de desenvolver uma declaração concisa do problema para criar suporte para ele.
6	Necessidade de escrever subsídios	T/T	B	Reconheça a importância de conceder habilidades de redação, incluindo as etapas envolvidas no processo de inscrição.
7	Pesquisa da literatura	PBE	B	Compreenda o processo de busca na literatura científica e resumo das informações derivadas da busca sobre o problema de saúde.
8	Liderança e evidência	L	B	Reconhecer a importância de uma forte liderança dos profissionais de saúde pública em relação à necessidade e importância de intervenções em saúde pública baseadas em evidências.
9	Papel da teoria da ciência comportamental	T/T	B	Compreender o papel da teoria da ciência comportamental na concepção, implementação e avaliação de intervenções.
10	Liderança em todos os níveis	L	B	Entenda a importância do compromisso de todos os níveis da liderança em saúde pública para aumentar o uso de intervenções baseadas em evidências.
11	Avaliação em "português simples"	AV	I	Reconhecer a importância de traduzir os impactos de programas ou políticas em um idioma que possa ser entendido pelas comunidades, setores de atuação e formuladores de políticas.
12	Liderança e mudança	L	I	Reconhecer a importância de uma liderança eficaz dos profissionais de saúde pública ao tomar decisões no meio de ambientes em constante mudança.
13	Traduzindo intervenções baseadas em evidências	PBE	I	Reconheça a importância de traduzir intervenções baseadas em evidências para cenários únicos do "mundo real".
14	Quantificando a questão	T/T	I	Compreender a importância da epidemiologia descritiva (conceitos de pessoa, local, hora) na quantificação da questão da saúde pública.

Quadro 1 – (Continuação)

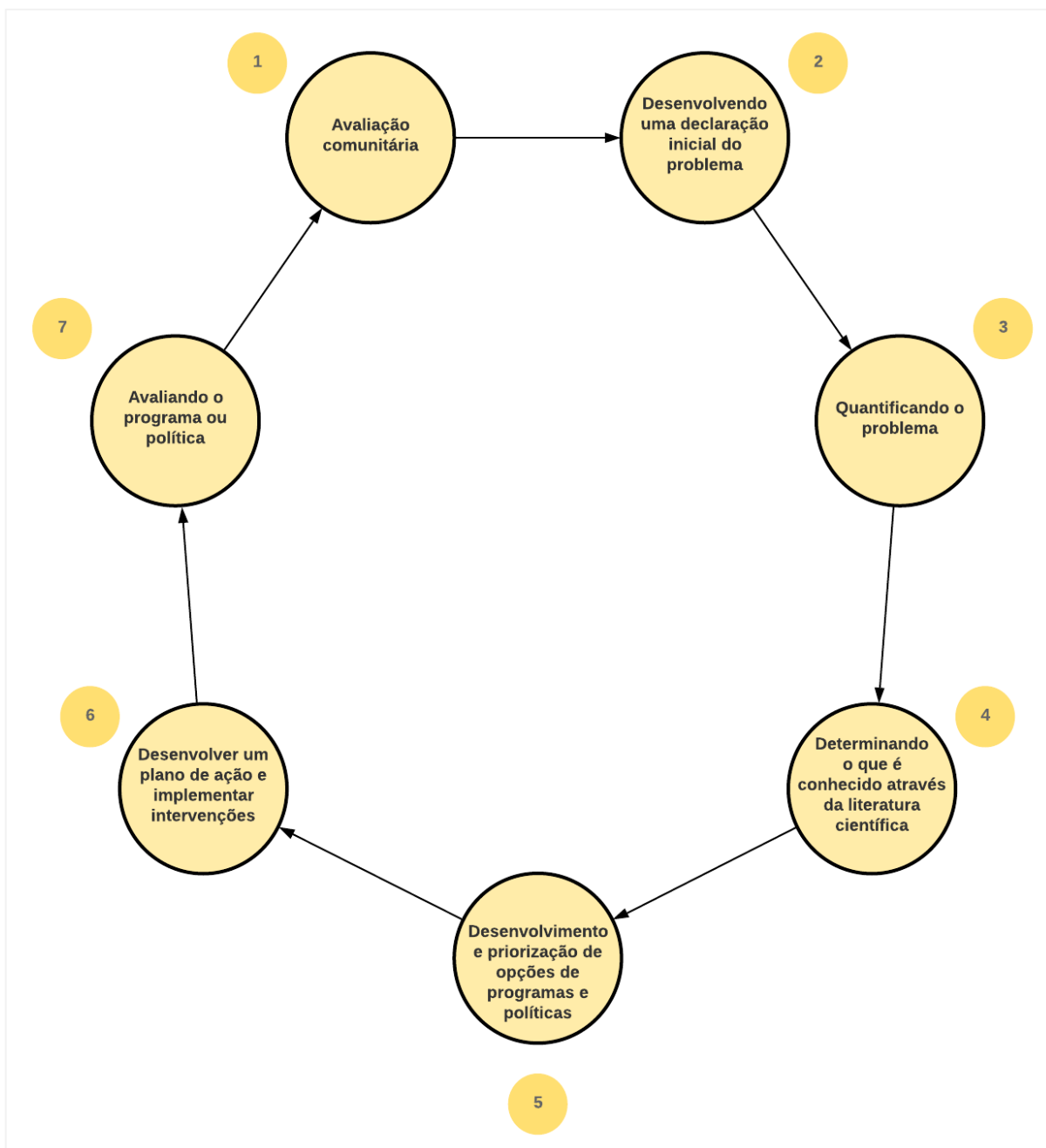
#	Título	Domínio (1)	Nível (2)	Competência
15	Desenvolvendo um plano de ação para programa ou política	PBE	I	Entenda a importância de desenvolver um plano de ação que descreva como as metas e objetivos serão alcançados, quais recursos são necessários e como a responsabilidade de atingir os objetivos será atribuída.
16	Priorizando questões de saúde	PBE	I	Entenda como escolher e implementar critérios e processos adequados para priorizar opções de programas e políticas.
17	Avaliação qualitativa	AV	I	Reconhecer o valor das abordagens de avaliação qualitativa, incluindo as etapas envolvidas na realização de avaliações qualitativas.
18	Parcerias colaborativas	P/C	I	Entenda a importância das parcerias colaborativas entre pesquisadores e profissionais ao projetar, implementar e avaliar programas e políticas baseadas em evidências.
19	Parcerias não tradicionais	P/C	I	Entenda a importância das parcerias tradicionais também como aqueles que são considerados não tradicionais, como aqueles com planejadores, departamento de transporte e outros.
20	Revisões sistemáticas	T/T	I	Entenda a lógica, os usos e a utilidade das revisões sistemáticas que documentam intervenções eficazes.
21	Avaliação quantitativa	AV	I	Reconhecer a importância das abordagens de avaliação quantitativa, incluindo os conceitos de validade e confiabilidade da medição.
22	Conceder habilidades de escrita	T/T	I	Demonstre a capacidade de criar uma concessão, incluindo um resumo das etapas envolvidas no processo de inscrição.
23	Papel da avaliação econômica	T/T	A	Reconhecer a importância do uso de dados e estratégias econômicas para avaliar custos e resultados ao tomar decisões de saúde pública.
24	Criando resumos de políticas	P	A	Entenda a importância de escrever resumos concisos de políticas para resolver o problema usando intervenções baseadas em evidências.
25	Desenhos de avaliação	AV	A	Compreenda os vários designs úteis na avaliação de programas, com um foco particular nos designs quase-experimentais (não randomizados).
26	Transmitir pesquisas baseadas em evidências aos formuladores de políticas	P	A	Entenda a importância de apresentar maneiras criativas de transmitir o que sabemos funcionar (intervenções baseadas em evidências) aos formuladores de políticas, a fim de obter interesse, apoio político e financiamento.

Fonte: Adaptado de Brownson et al., 2011

(1) C, Planejamento em Nível Comunitário; E, Etiologia; P/C, Parcerias e Colaboração; PBE, Processo Baseado em Evidências; T/T, Teoria e Ferramentas Analíticas; L, Liderança; AV, Avaliação; P, Política.
(2) B, Básico; I, Intermediário; A, Avançado.

Os 26 elementos apresentados no Quadro 1 são fundamentais para aplicação da estrutura demonstrada a seguir na Figura 4, no qual, tem como objetivo a implementação da Saúde Pública Baseada em Evidências, e a mesma é composta por sete estágios (BROWNSON et al., 2011).

Figura 4 - Abordagem de treinamento para saúde pública baseada em evidências



Fonte: Adaptado de Brownson et al., 2011

Os autores apresentaram diversos elementos importantes para condução e uso da informação na tomada de decisão. No qual, pode e deve ser aplicado nos diversos cenários dentro de uma organização, no entanto, exige o desenvolvimento de competências e habilidades a fim de encarar a complexidade do uso dos dados e evidências científicas no processo de trabalho, em especial na Saúde Pública.

CAPÍTULO 2 – MATERIAIS E MÉTODOS

Aproximação que o autor fez neste estudo é de natureza científica e com uma metodologia adequada. No qual, recorrerá de um estudo do tipo exploratório, em que desenvolveu as seguintes operações metodológicas:

- revisão bibliográfica, que de acordo com Lakatos e Marconi (2003) essa metodologia de pesquisa visa gerar novos conhecimentos sobre a análise de conhecimentos já construídos anteriormente sobre o tema escolhido;
- a partir da revisão foi elaborado um questionário estruturado, no qual, a mensuração ocorreu utilizando a escala de *Likert* e *Phrase Completion*, que segundo Júnior e Costa (2014) e Martins (2016) essas escalas tendem a serem mais lógicas e intuitivas pelo fato de medir diretamente o construto analisado;
- a aplicação do questionário ocorreu com os profissionais de oito categorias, são elas: Agente Comunitário de Saúde (616), Auxiliar de Enfermagem (206), Auxiliar de Saúde Bucal (28), Cirurgião Dentista (28), Enfermeiro (103), Gestor Local do Serviço de Saúde (18), Médico (103) e Técnico em Saúde Bucal (9). Distribuídos em 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária Saúde (APS) localizadas no extremo Sul da cidade de São de Paulo, na Prefeitura Regional da Capela do Socorro, região com um dos menores IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) da cidade (MAEDA, 2017);
- a análise estatística dos dados coletados ocorreu na aplicação do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), com a finalidade de obter o tratamento dos dados de forma sistematizada levando a realização de diversos cálculos (Análise Multivariada).

O assunto observado pelo autor focalizou-se na temática da Gestão da Informação como ferramenta de apoio ao processo de Tomada de Decisão nos Serviços de Saúde da Atenção Primária à Saúde a fim de responder à questão – Como os profissionais da saúde fazem uso da informação no processo de tomada de decisão?

1. Etapas da Revisão Bibliográfica

Com a finalidade de sistematizar a busca por conhecimento em torno do tema escolhido (LAKATOS; MARCONI, 2003), e tendo em vista responder a pergunta de pesquisa, a elaboração da base conceitual foi desenvolvida a partir de uma Revisão Bibliográfica, adaptado de Botelho (2011), no qual, é composta por cinco etapas apresentadas no Quadro 2 e detalhadas na sequência.

Quadro 2 - Descrição das etapas da revisão bibliográfica

Etapas	Descrição	Composição
Etapa 1	Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa	<ul style="list-style-type: none">• Definição do problema• Formulação de uma pergunta de pesquisa• Definição da estratégia de busca• Definição dos descritores• Definição das bases de dados
Etapa 2	Estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão	<ul style="list-style-type: none">• Uso das bases de dados• Busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão
Etapa 3	Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados	<ul style="list-style-type: none">• Leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações• Organização dos estudos pré-selecionados• Identificação dos estudos selecionados
Etapa 4	Categorização dos estudos selecionados	<ul style="list-style-type: none">• Elaboração e uso da matriz de síntese• Categorização e analisar as informações• Formação de uma biblioteca individual• Análise crítica dos estudos selecionados
Etapa 5	Análise da discussão e interpretação dos resultados	<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de uma matriz de resultados a partir da análise dos estudos selecionados

Fonte: Adaptado de Botelho (2011).

1.1 Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Definição do problema

A variedade de Sistemas de Informação em Saúde ao redor do mundo tem produzido um volume gigantesco de dados. Consequentemente, coloca à disposição dos profissionais em saúde acesso a uma diversidade de dados informatizados, entretanto, ter acesso aos dados não garante que os profissionais envolvidos a utilize no processo decisório desde a análise dos dados, dos processos, dos recursos e da relação custo-benefício na assistência à saúde.

Formulação de uma pergunta de pesquisa

Como os profissionais da saúde fazem uso da informação no processo de tomada de decisão?

Definição da estratégia de busca

A estratégia de busca visa possibilitar o encontro entre a pergunta de pesquisa e as informações armazenadas nas bases de dados. No processo de estruturação da pergunta de pesquisa se fez uso do formato PICO, representado por um acrônimo para Paciente/População/Problema, Intervenção, Comparação (Controle) e Outcomes (desfechos), a fim de maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados.

Definição dos descritores

Para elaboração da expressão de busca foi necessário realizar o levantamento dos descritores (MeSH) existentes relacionados com as palavras Profissional da Saúde e Informação. A pesquisa resultou em dois descritos relacionados com a palavra Profissional da Saúde e 587 descritores que haviam na sua composição/descrição a palavra Informação, no qual, foram selecionados cinco descritores relacionados a pergunta de pesquisa do projeto. Portanto, os descritores selecionados foram: Health Personnel; Attitude of Health Personnel; Integrated Advanced Information Management Systems; Health Information Management; Information Management; Evidence-Based Practice; Public Health Informatics.

Definição das bases de dados

A bases de dados definidas foram a MEDLINE, SciELO e LILACS com objetivo de encontrar toda a informação relacionada a pergunta de pesquisa.

1.2 Estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão

Uso das bases de dados

Com objetivo de responder uma determinada pergunta, a seleção dos artigos foi realizada a partir de uma busca sobre o tema em materiais relevantes na PubMed e BVS, ferramentas de busca da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e a Biblioteca Virtual de Saúde, respectivamente, que contemplam as seguintes bases de dados: MEDLINE, SciELO e LILACS. Os descritores mencionados na Etapa anterior, e as suas combinações, foram utilizados como estratégia de busca, além, da

lógica dos conjuntos, através dos operadores booleanos, para combinar os termos da expressão de busca e realizar a pesquisa nas bases bibliográficas mencionadas anteriormente.

Busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos relacionados ao tema estudado; publicados em língua inglesa e/ou portuguesa brasileira; íntegros; com resumo disponível; em bases de dados públicas e confiáveis; de acesso livre e/ou privado; e textos completos disponíveis online. No que se refere aos critérios adotados para exclusão foram: artigos publicados fora do período entre 2014 e 2018 e artigos duplicados.

1.3 Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações

Após utilizar a Expressão de Busca na base de dados e os critérios de inclusão e exclusão foram localizados 844 artigos, no PubMed, 720 artigos, na BVS, e 8 artigos, na SciELO. Todos foram selecionados para leitura do Resumo (Abstract).

Organização dos estudos pré-selecionados

Após a leitura dos resumos foram pré-selecionados 45 artigos, sendo organizados através da construção de uma tabela simples contendo o título dos artigos.

Identificação dos estudos selecionados

Os estudos foram identificados adotando um índice de 1 a 45, associando o título original do artigo, em inglês, e o título traduzido, em português brasileiro.

1.4 Categorização dos estudos selecionados

Elaboração e uso da matriz de síntese

A fim de extrair as informações dos artigos selecionados se fez uso da elaboração de uma matriz de síntese, tal instrumento permite analisar separadamente cada artigo, tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas.

Categorização e analisar as informações

Após analisar as informações contidas nos resumos dos artigos, os mesmos foram agrupados por categoria levando em consideração o tema principal dos mesmos. O que resultou em 10 categorias, são elas: Prática Baseada em Evidências (23), Uso da informação na tomada de decisões (8), Informação em Saúde (6), Sistema de Informação (2), Gestão do Conhecimento (1), Qualidade dos Dados (1), Apoio Organizacional (1), Gerenciamento de Informações Pessoais (1), Lacuna entre Pesquisa e Prática (1) e Atitude (1).

Análise crítica dos estudos selecionados

Análise crítica dos estudos selecionados se deu através da leitura da metodologia utilizada em cada trabalho e o resultado apresentado, conseqüentemente, foi possível adotar um grau de importância: alto (23), moderado (9) e baixo (13), para cada artigo em relação ao tema do projeto.

Formação de uma biblioteca individual

A biblioteca individual foi construída levando em consideração o grau de importância dos artigos em relação ao tema do projeto. Na sequência o autor iniciou a leitura dos artigos a partir dos trabalhos com grau de importância alto, no qual, estão presentes artigos que utilizaram de fontes primárias nos seus estudos ou onde os resultados apresentados dispuseram maior aproximação com a temática do projeto.

1.5 Análise e interpretação dos resultados

A análise e interpretação dos resultados se deu a partir da leitura de todos os artigos com grau de importância alto, visando a construção de uma matriz de resultados contendo as principais barreiras evidenciadas na literatura em relação a utilização da informação no processo de tomada de decisão.

No entanto, dos 23 artigos analisados apenas cinco não apresentaram nos seus resultados as barreiras na utilização da informação no processo de tomada de decisão.

Sendo assim, dos 18 artigos restantes observou-se a presença de 76 barreiras que dificultam o uso da informação na tomada de decisão. Logo, se fez necessário agrupá-las em categorias, o que resultou em nove categorias (Tabela 1), ou termos, levando em consideração as suas similaridades.

Tabela 1 – Principais barreiras encontradas na literatura distribuídas por categoria e número de ocorrências (N=18)

#	Termo (Categoria)	Nº de ocorrências que o termo esteve presente nos artigos de forma única (T)	% de ocorrências (T / N) * 100
1	Falta de habilidade	12	67 %
2	Falta de cultura de uso da informação	10	56 %
3	Falta de apoio no uso da informação	7	39 %
4	Falta de recursos	7	39 %
5	Falta de tempo	7	39 %
6	Outras barreiras organizacionais	4	22 %
7	Alta carga de trabalho	3	17 %
8	Falta de trabalho em equipe	2	11 %
9	Falta de uma comunicação estratégica	2	11 %

Fonte: Próprio Autor, 2020.

O Quadro 3 exemplifica de maneira resumida a forma com que as barreiras foram agrupadas por categoria (a versão completa da Matriz de Resultados se encontra no Apêndice G).

Quadro 3 - Exemplo de categorização das barreiras encontradas na literatura

Título do Artigo	Barreira encontrada	Categorização
Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falta de apoio da gerência ▪ falta de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> • falta de apoio no uso da informação
Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falta de autoridade ▪ falta de incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> • falta de apoio no uso da informação
Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suporte em nível de equipe ▪ falta de apoio dos gerentes no nível da equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • falta de apoio no uso da informação

Fonte: Próprio Autor, 2020.

2. Elaboração do Questionário

A elaboração do questionário ocorreu a partir da análise da matriz de resultados dos estudos selecionados – Etapa 5 da Revisão Bibliográfica – no qual foi possível evidenciar que a principal barreira no uso da informação para tomada de decisão foi a Falta de Habilidade, o que significa dizer que dos 18 artigos analisados em 12 (67%) deles essa barreira esteve presente.

Sendo assim, o questionário foi construído levando em consideração as cinco principais barreiras categorizadas na matriz de resultados, ou seja, em que o termo esteve presente de forma exclusiva em ao menos 7 dos 18 artigos.

Cada uma das cinco principais categorias (Falta de habilidade, Falta de cultura de uso da informação, Falta de apoio no uso da informação, Falta de recursos e Falta de tempo) foram submetidas para análise do respondente como objetivo de identificar se na opinião do mesmo a Instituição deve desenvolver, apoiar, fornecer e disponibilizar recursos aos seus profissionais para auxiliá-los na tomada de decisão e o quanto a Instituição disponibiliza desses recursos para o próprio respondente.

Logo, se fez necessário o uso de duas escalas de medição para cada categoria submetida para análise, são elas: a) Escala de Likert, a fim de analisar o seu grau de concordância em relação a afirmação colocada em questão; e b) Escala de Phrase Completion, visando avaliar o impacto da disponibilização, ou não, de tais recursos ao respondente.

Portanto, a aplicação do questionário visou explorar se as barreiras observadas na literatura se fazem presente também nos serviços de saúde que foram objeto deste estudo. As Figuras 4 e 5 exemplificam a elaboração de uma afirmação a ser analisada pelo respondente com base em uma das categorias apresentadas na matriz de resultados (a versão completa do questionário se encontra no Apêndice D).

Figura 5 – Exemplo de afirmação a ser analisada pelo respondente utilizando a Escala de Likert

1a. A Instituição deve desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão. (ESCALA DE LIKERT)				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Indiferente	Não Concordo Parcialmente	Não Concordo Totalmente

Fonte: Adaptado de Martins (2016)

Figura 6 – Exemplo de afirmação a ser analisada pelo respondente utilizando a Escala de Phrase Completion

1b. O quanto a Instituição desenvolveu em mim a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão (ESCALA DE PHRASE COMPLETION)										
Desenvolveu Pouco			Desenvolveu Moderado					Desenvolveu Muito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Adaptado de Martins (2016)

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na sequência será apresentado os resultados alcançados com base nas respostas obtidas na administração do questionário distribuído de forma eletrônica através da plataforma de pesquisa online conhecida como SuveryMonkey, tendo sido obtido um total de 137 respostas. A análise estatística dos resultados se deu através da utilização do software do tipo científico conhecido pelo acrônimo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na sua versão gratuito por tempo determinado.

1. Caracterização da amostra

As Unidades Básicas de Saúde participantes apresentaram uma grande disparidade na adesão dos profissionais a pesquisa. Vale ressaltar, que a disseminação do questionário se deu através da colaboração do Gestor Local do Serviço de Saúde frente a sua equipe assistencial, sendo assim, foi possível alcançar 137 participantes (12%) da população total, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Tamanho da população e amostra por Unidade Básica de Saúde

Unidade Básica de Saúde	Nº de Equipes da Estratégia Saúde da Família	Tamanho da população (P)	Tamanho da amostra (N1)	Percentual do tamanho da amostra (N1/P) * 100
UBS 1	4	43	28	65%
UBS 2	4	43	26	60%
UBS 3	8	88	45	51%
UBS 4	1	11	5	45%
UBS 5	2	21	7	33%
UBS 6	2	25	5	20%
UBS 7	5	56	8	14%
UBS 8	7	71	4	6%
UBS 9	3	33	1	3%
UBS 10	6	68	2	3%
UBS 11	10	106	3	3%
UBS 12	5	53	1	2%
UBS 13	8	88	1	1%
UBS 14	10	104	1	1%
UBS 15	6	68	0	0%
UBS 16	6	64	0	0%
UBS 17	9	93	0	0%
UBS 18	7	76	0	0%
Total Geral	103	1.111	137	12%

Fonte: Próprio Autor, 2020.

No entanto, se fez necessário descartar 25 respostas (18%) das 137 obtidas em função do respondente abandonar a pesquisa antes da sua conclusão. Portanto, o tamanho da amostra que era de 137 (12%) passou a ser de 112 participantes (10%) da população total (Tabela 3).

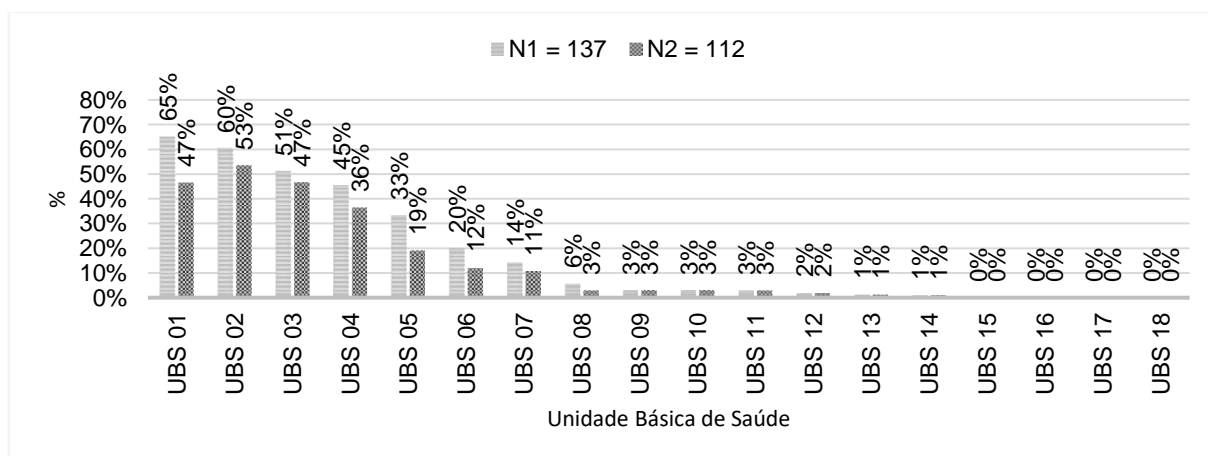
Tabela 3– Tamanho da população e amostra por Unidade Básica de Saúde, com respostas completas

Unidade Básica de Saúde	Nº de Equipes da Estratégia Saúde da Família	Tamanho da população (P)	Tamanho da amostra (N2)	Percentual do tamanho da amostra (P/N2) * 100
UBS 1	4	43	20	47%
UBS 2	4	43	23	53%
UBS 3	8	88	41	47%
UBS 4	1	11	4	36%
UBS 5	2	21	4	19%
UBS 6	2	25	3	12%
UBS 7	5	56	6	11%
UBS 8	7	71	2	3%
UBS 9	3	33	1	3%
UBS 10	6	68	2	3%
UBS 11	10	106	3	3%
UBS 12	5	53	1	2%
UBS 13	8	88	1	1%
UBS 14	10	104	1	1%
UBS 15	6	68	0	0%
UBS 16	6	64	0	0%
UBS 17	9	93	0	0%
UBS 18	7	76	0	0%
Total Geral	103	1.111	112	10%

Fonte: Próprio Autor, 2020.

O Gráfico 1 demonstra o tamanho da amostra no primeiro cenário (N1) em comparação ao tamanho da amostra no segundo cenário (N2), ambas em relação ao tamanho da população.

Gráfico 1 – Comparação, em percentual, do tamanho das amostras (N1 e N2) em relação ao tamanho da população por Unidade Básica de Saúde



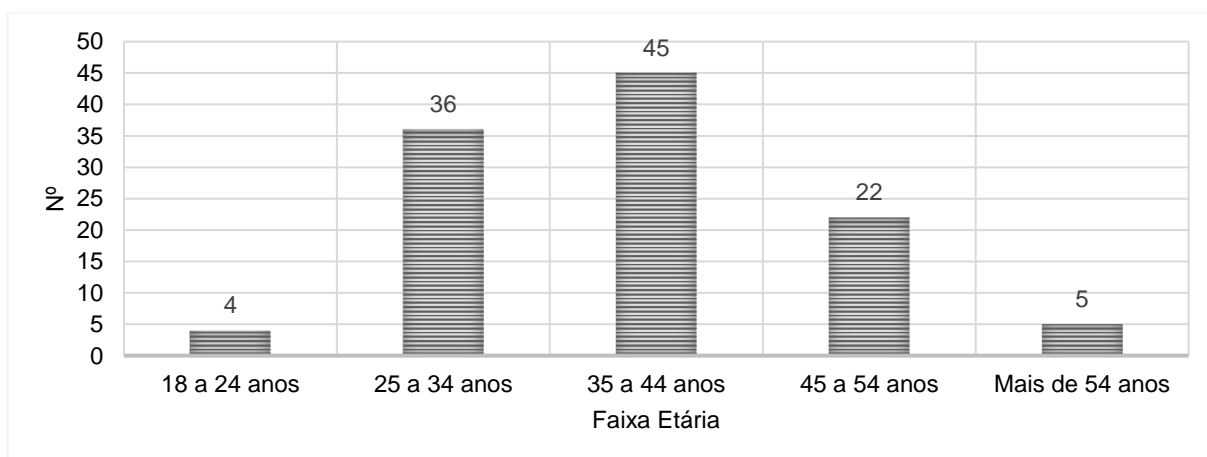
Fonte: Próprio Autor, 2020.

Em razão do total de repostas obtidas (N=112), o percentual das respostas em relação a população total pode variar em comparação a amostra em 9% (margem de erro), e com probabilidade que 95% desta amostra represente com precisão as atitudes da população em questão (grau de confiança).

2. Caracterização do respondente

Os participantes possuem maior incidência de idade na faixa etária de 35 a 44 anos (40%), seguido de 25 a 34 anos (32%) e de 45 a 54 anos (20%). No Gráfico 2 é possível observar esse comportamento na distribuição dos participantes entre as faixas etárias.

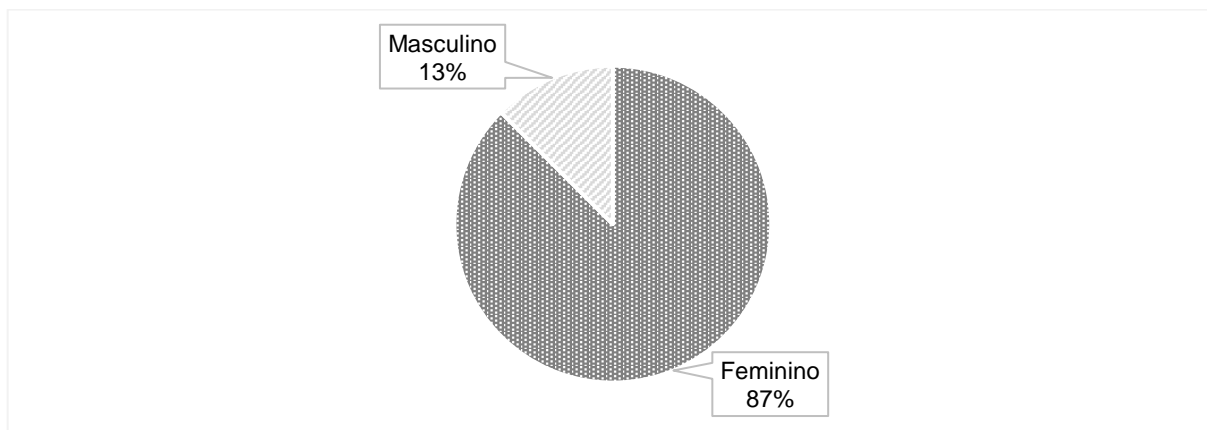
Gráfico 2 – Faixa etária dos participantes (N=112)



Fonte: Próprio Autor, 2020.

Em relação ao gênero a maioria é predominantemente feminino com 98 participantes (87%), e o gênero masculino contabilizou 14 participantes (13%), como podemos verificar a partir do Gráfico 3.

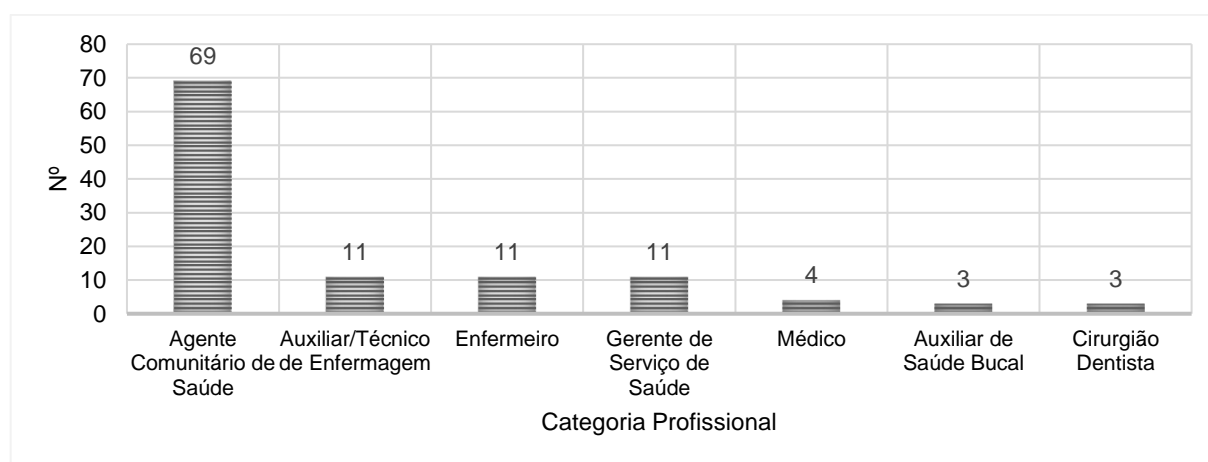
Gráfico 3 – Distribuição por gênero, masculino e feminino, dos participantes (N=112)



Fonte: Próprio Autor, 2020.

A análise do Gráfico 4 nos permite observar a distribuição dos participantes por categoria profissional, sendo que cerca de 62% (69) dos respondentes são da categoria Agente Comunitário de Saúde. Não por acaso, uma vez que esta categoria representa 55% (616) da população total. Das oito categorias profissionais participantes da pesquisa, apenas a categoria Técnico em Saúde Bucal não se obteve nenhuma resposta, ou seja, está categoria não aderiu a pesquisa através do questionário online.

Gráfico 4 – Distribuição por categoria profissional (N=112)



Fonte: Próprio Autor, 2020.

3. Preparação do respondente para utilização das escalas: Likert e Phrase Completion

Se fez necessário elaborar duas questões testes, uma para demonstrar a escala de Likert e outra para a escala Phrase Completion, com objetivo de aproximar o participante do funcionamento das escalas supracitadas nas questões que viriam a seguir no questionário. A Tabela 4 demonstra que a grande maioria dos participantes (99%) entenderam o funcionamento das escalas e como elas seriam utilizadas no questionário, estabelecendo um grau de confiança nas respostas obtidas.

Tabela 4 – Avaliação do respondente, por categoria, se a explicação do funcionamento do questionário ocorreu de forma clara

A explicação ocorreu de forma clara?	Sim	Não
Agente Comunitário de Saúde	68 (99%)	1 (1%)
Auxiliar de Saúde Bucal	3 (100%)	0 (0%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	11 (100%)	0 (0%)
Cirurgião Dentista	3 (100%)	0 (0%)
Enfermeiro	11 (100%)	0 (0%)
Gerente de Serviço de Saúde	11 (100%)	0 (0%)
Médico	4 (100%)	0 (0%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

4. Análise dos dados

Os resultados a seguir estão diretamente relacionadas as barreiras observadas na literatura em relação ao uso da informação para tomada de decisão e o quanto a Instituição vem atuando a fim de supera-las, no ponto de vista do respondente.

4.1 A Instituição deve desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão

A falta de habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para toma de decisão é uma barreira recorrente em 12 (67%) estudos dos 18 analisados na revisão bibliográfica, portanto, a barreira mais citada. Esta barreira limita o uso dos dados para tomada de decisão em programas como o combate a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (NICOL et al., 2017; KUMWENDA et al., 2017), a implementação da Prática Baseada em Evidência (FAROKHZADIAN; KHAJOUEI; AHMADIAN, 2015; MALIK; MCKENNA; PLUMMER, 2016; PÉTRÉ, B. et al., 2018) e até mesmo na execução de tarefas básicas no gerenciamento da informação como verificar a qualidade da informação (KIILU et al., 2015).

Sendo assim, a Questão 1a visou avaliar o grau de concordância dos participantes em relação a responsabilidade da Instituição em desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão.

Podemos constatar, a partir da Tabela 5, que os respondentes concordam totalmente (84%) ou de forma parcial (16%) com a afirmação colocada em avaliação. Portanto, na opinião dos participantes cabe a Instituição a responsabilidade de promover o desenvolvimento dos seus profissionais a fim de superar a barreira observada na literatura sobre a falta de habilidade para o uso da informação na tomada de decisão.

Tabela 5 – Questão 1a: A Instituição deve desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão

Questão 1a	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Indiferente	Não Concordo Parcialmente	Não Concordo Totalmente
Agente Comunitário de Saúde	53 (77%)	16 (23%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar de Saúde Bucal	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cirurgião Dentista	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Enfermeiro	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gerente de Serviço de Saúde	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Médico	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total Geral	94 (84%)	18 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

Na sequência os participantes responderam o quanto a Instituição desenvolveu neles a habilidade para analisar, interpretar e usar dados para tomada de decisão. Portanto, a Questão 1b teve como objetivo avaliar o impacto das ações da Instituição frente aos seus funcionários a fim de superar a barreira da falta de habilidade para o uso da informação apontada na literatura.

A partir da Tabela 6, podemos observar que 66% dos participantes avaliaram com pontuação (escala) entre 6 (Desenvolveu Moderado) e 10 (Desenvolveu Muito), isso provavelmente indique que as ações da Instituição vem tendo um impacto importante com objetivo de transpor obstáculo da falta de habilidade para o uso da informação, na avaliação dos respondentes.

Tabela 6 – Questão 1b: O quanto a Instituição desenvolveu em mim a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão

Questão 1b	Escala	Categoria Profissional							Total Geral
		Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Gerente de Serviço de Saúde	Médico	
Desenvolveu Pouco	0	3 (4%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (4%)
	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	2	4 (6%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5%)
Desenvolveu Moderado	3	5 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (7%)
	4	5 (7%)	1 (33%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6%)
	5	14 (20%)	2 (67%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (17%)
	6	6 (9%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	8 (7%)
Desenvolveu Muito	7	14 (20%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (33%)	3 (27%)	2 (18%)	1 (25%)	22 (20%)
	8	13 (19%)	0 (0%)	3 (27%)	2 (67%)	2 (18%)	5 (45%)	1 (25%)	26 (23%)
	9	2 (3%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	1 (9%)	2 (18%)	0 (0%)	6 (5%)
	10	3 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (18%)	1 (25%)	6 (5%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

4.2 A Instituição deve desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão

A falta de uma cultura no uso da informação é uma barreira recorrente em 10 (56%) estudos dos 18 analisados na revisão bibliográfica, a segunda barreira mais citada. Estudos apontam que constituir uma cultura de uso da informação passa por ultrapassar barreiras como a sobrecarga de informação, dificuldade de manter os dados precisos e superar falta de confiança nos dados (KLERINGS; WEINHANDL; THALER, 2015; GHOSH; MCCARTHY; HALCOMB, 2016; NICOL et al., 2017). No entanto, outras barreiras também se fazem presente como local de trabalho resistente a mudanças, atitude negativa em relação a mudança, desinteresse em pesquisa e dificuldade de acesso a trabalhos científicos (ELLEN et al., 2014; KAHOUEI et al., 2014; WILLIAMS; PERILLO; BROWN, 2015; MORTÉNIUS; HILDINGH; FRIDLUND, 2016).

Portanto, a Questão 2a visou avaliar o grau de concordância dos participantes em relação a responsabilidade da Instituição em desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão.

Verificamos, a partir da Tabela 7, que apenas 4% dos respondentes consideram indiferente em relação a Instituição desenvolver uma cultura de uso da informação junto aos profissionais, a maioria dos participantes entendem, totalmente (73%) ou parcialmente (24%), que a Instituição deve desenvolver tal cultura.

Tabela 7 – Questão 2a: A Instituição deve desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão

A Instituição deve desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Indiferente	Não Concordo Parcialmente	Não Concordo Totalmente
Agente Comunitário de Saúde	50 (72%)	16 (23%)	3 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar de Saúde Bucal	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cirurgião Dentista	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Enfermeiro	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gerente de Serviço de Saúde	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Médico	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total Geral	82 (73%)	27 (24%)	3 (3%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

Na sequência os participantes responderam o quanto a Instituição desenvolveu neles uma cultura no uso da informação para tomada de decisão. Portanto, a Questão 2b teve como objetivo de avaliar o impacto das ações da Instituição frente aos seus funcionários a fim de superar a barreira da falta de uma cultura no uso da informação apontada na literatura.

Podemos constatar, na Tabela 8, que 36% dos respondentes avaliam que a Instituição teve um papel importante em estabelecer neles uma cultura no uso da informação, ou seja, um desenvolvimento com pontuação entre 8 e 10 (Desenvolveu Muito). Se considerarmos as pontuações 6 e 7 (Desenvolveu Moderado) tendendo a 8 (Desenvolveu Muito) o percentual salta de 36% para 57% dos participantes.

Tabela 8 – Questão 2b: O quanto a Instituição desenvolveu em mim uma cultura no uso da informação para tomada de decisão

Questão 2b	Escala	Categoria Profissional							Total Geral
		Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Gerente de Serviço de Saúde	Médico	
Desenvolveu Pouco	0	2 (3%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)
	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	2	3 (4%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0%)	6 (5%)
Desenvolveu Moderado	3	6 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (7%)
	4	5 (7%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5%)
	5	16 (23%)	1 (33%)	4 (36%)	0 (0%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	24 (21%)
	6	7 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	8 (7%)
Desenvolveu Muito	7	10 (14%)	0 (0%)	3 (27%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (25%)	16 (14%)
	8	10 (14%)	0 (0%)	3 (27%)	3 (100%)	1 (9%)	6 (55%)	2 (50%)	25 (22%)
	9	6 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	3 (27%)	0 (0%)	10 (9%)
	10	4 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0%)	6 (5%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

4.3 A Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão

A falta de apoio no uso da informação é uma barreira recorrente em 7 (39%) estudos dos 18 analisados na revisão bibliográfica. Segundo os autores Williams, Perillo e Brown (2015), para que o funcionário consiga promover mudanças dentro de uma organização as suas ideias devem ser valorizadas, e para isso é necessário quebrar as estruturas hierárquicas do local de trabalho. No entanto, o que se observa na literatura são obstáculos como a falta de autoridade para mudar as práticas, falta de apoio gerencial, falta de incentivos, falta de orientação e liderança, comprometendo a implementação de práticas baseadas em evidências (PÉTRÉ, B. et al., 2018; MALIK; MCKENNA; PLUMMER, 2016), a qualidade dos dados na Atenção Primária à Saúde (GHOSH; MCCARTHY; HALCOMB, 2016), a gestão do conhecimento na saúde pública (SIBBALD; KOTHARI, 2015) e ao incentivo a pesquisa na prática assistencial (LUCKSON et al., 2018).

Logo, a Questão 3a visou avaliar o grau de concordância dos participantes em relação a responsabilidade da Instituição em apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão.

Recorrendo à análise da Tabela 9, fica evidenciado que 98% dos participantes concordam, totalmente (74%) ou parcialmente (24%), que a Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão, e apenas 2% dos participantes consideram como indiferente a atuação da Instituição frente a questão citada.

Tabela 9 – Questão 3a: A Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão

Questão 3a	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Indiferente	Não Concordo Parcialmente	Não Concordo Totalmente
Agente Comunitário de Saúde	44 (64%)	24 (35%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar de Saúde Bucal	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	10 (91%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
Cirurgião Dentista	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Enfermeiro	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gerente de Serviço de Saúde	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Médico	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total Geral	83 (74%)	27 (24%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

Na sequência os participantes responderam o quanto a Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão. Portanto, a Questão 3b teve como objetivo de avaliar o impacto das ações da Instituição frente aos seus funcionários a fim de superar a barreira da falta de apoio no uso da informação apontada na literatura.

A tabela 10 permite-nos verificar que para 44% dos participantes o gestor tem o apoiado no uso da informação para tomada de decisão, provavelmente, isso indique que o local de trabalho desses funcionários conta com a valorização das suas ideias. No entanto, deve-se levar em consideração que para 47% dos participantes o gestor os apoiou de forma moderada, ou seja, com pontuações entre 3 e 7, destacando as pontuações 3 com 11% das respostas, 5 com 12% das respostas e 7 com 12% das respostas, demonstrando uma diversidade dentro desta escala (Apoiou Moderado).

Tabela 10 – Questão 3b: O quanto o gestor me apoiou no uso da informação para tomada de decisão

Questão 3b	Escala	Categoria Profissional							Total Geral
		Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Gerente de Serviço de Saúde	Médico	
Apoiou Pouco	0	2 (3%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)
	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	2	4 (6%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6%)
Apoiou Moderado	3	10 (14%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (11%)
	4	3 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (3%)
	5	12 (17%)	1 (33%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	15 (13%)
	6	4 (6%)	1 (33%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	8 (7%)
	7	10 (14%)	0 (0%)	2 (18%)	1 (33%)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0%)	15 (13%)
Apoiou Muito	8	14 (20%)	0 (0%)	2 (18%)	2 (67%)	5 (45%)	7 (64%)	0 (0%)	30 (27%)
	9	5 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5%)
	10	5 (7%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (18%)	3 (27%)	2 (50%)	13 (12%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

4.4 A Instituição deve fornecer para seus profissionais recursos para o uso da informação para tomada de decisão

A falta de recursos para o uso da informação é uma barreira recorrente em 7 (39%) estudos dos 18 analisados na revisão bibliográfica, assim como a barreira (falta de apoio) citada anteriormente. Alguns estudos demonstraram uma atitude dos profissionais positiva em relação implantação da Prática Baseada em Evidência (WILLIAMS; PERILLO; BROWN, 2015; MALIK; MCKENNA; PLUMMER, 2016), o que possivelmente eleve o uso da informação para tomada decisão por estes profissionais. No entanto, a barreira da falta de recursos para o uso da informação se fez presente nos mesmos estudos limitando tal implantação, indo ao encontro de outros estudos que sinalizam a ausência de diversos recursos como uma infraestrutura de dados deficitária, sistemas de informação que não atendem a necessidade da APS, restrições de recursos que limitam o compartilhamento do conhecimento e falta de suporte a nível das equipes de saúde (ELLEN et al., 2014; SIBBALD; KOTHARI, 2015; GHOSH; MCCARTHY; HALCOMB, 2016; KUMWENDA, 2017; LUCKSON et al., 2018).

Logo, a Questão 4a visou avaliar o grau de concordância dos participantes em relação a responsabilidade da Instituição em fornecer para os seus profissionais recursos para o uso da informação para tomada de decisão.

Podemos constatar, a partir da Tabela 11, que 88% dos participantes entendem e concordam totalmente que a Instituição deve fornecer aos seus profissionais recursos para o uso da informação para toma de decisão. Seguido de 12% que também concordam, porém, de forma parcial e apenas 1% consideram indiferente o papel da Instituição frente a questão.

Tabela 11 – Questão 4a: A Instituição deve fornecer para seus profissionais recursos para o uso da informação para tomada de decisão

Questão 4a	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Indiferente	Não Concordo Parcialmente	Não Concordo Totalmente
Agente Comunitário de Saúde	57 (83%)	11 (16%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar de Saúde Bucal	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cirurgião Dentista	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Enfermeiro	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gerente de Serviço de Saúde	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Médico	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total Geral	98 (88%)	13 (12%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

Na sequência os participantes responderam o quanto a Instituição fornece para eles os recursos necessários para o uso da informação na tomada de decisão. Portanto, a Questão 4b teve como objetivo avaliar o impacto das ações da Instituição frente aos seus funcionários a fim de superar a barreira da falta de recursos para o uso da informação apontada na literatura.

A tabela 12 demonstra que para 56% dos respondentes a Instituição disponibilizou de forma moderada os recursos necessários para o uso da informação na toma de decisão. Entretanto, estratificando esse percentual é possível observar um movimento de melhora neste cenário, uma vez que, que escala do moderado inicia-se em 4% e termina em 20%.

Tabela 12 – Questão 4b: O quanto a Instituição me disponibilizou recursos para o uso da informação para tomada de decisão

Questão 4b	Escala	Categoria Profissional							Total Geral
		Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Gerente de Serviço de Saúde	Médico	
Disponibilizou Pouco	0	1 (1%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
	1	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	2	6 (9%)	1 (33%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (9%)
Disponibilizou Moderado	3	5 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (4%)
	4	5 (7%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (5%)
	5	7 (10%)	1 (33%)	3 (27%)	0 (0%)	1 (9%)	2 (18%)	0 (0%)	14 (13%)
	6	11 (16%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (33%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (50%)	16 (14%)
	7	12 (17%)	0 (0%)	4 (36%)	1 (33%)	2 (18%)	3 (27%)	0 (0%)	22 (20%)
Disponibilizou Muito	8	9 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	3 (27%)	4 (36%)	1 (25%)	18 (16%)
	9	8 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	10 (9%)
	10	4 (6%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (25%)	8 (7%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

4.5 A Instituição deve fornecer para seus profissionais tempo para o uso da informação para tomada de decisão

A falta de tempo para o uso da informação é uma barreira recorrente em 7 (39%) estudos dos 18 analisados na revisão bibliográfica, assim como as duas barreiras (falta de apoio e falta de recursos) citadas anteriormente. Três estudos apresentaram a falta de tempo como sendo a principal barreira no desenvolvimento de atividades que promovam o uso da informação para tomada de decisão, como a Prática Baseada em Evidência (MALIK; MCKENNA; PLUMMER, 2016; FAROKHZADIAN; KHAJOU EI; AHMADIAN, 2015; PÉTRÉ et al., 2018). Nos outros quatro estudos, a falta de tempo foi a segunda principal causa do distanciamento entre o profissional da saúde e o uso efetivo da informação para tomada de decisão (ELLEN et al., 2014; LIALIOU; MANTAS, 2016; HWEIDI et al., 2017; LUCKSON et al., 2018).

Logo, a Questão 5a visou avaliar o grau de concordância dos participantes em relação a responsabilidade da Instituição em disponibilizar para os seus profissionais tempo, nas suas agendas de trabalho, para o uso da informação para tomada de decisão.

Sendo assim, e como demonstra a Tabela 13, para 97% dos participantes a Instituição deve disponibilizar tempo, em suas agendas de trabalho, para que os mesmos tenham condições de fazer uso da informação para toma de decisão.

Tabela 13 – Questão 5a: Instituição deve fornecer para seus profissionais tempo para o uso da informação para tomada de decisão

Questão 5a	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Indiferente	Não Concordo Parcialmente	Não Concordo Totalmente
Agente Comunitário de Saúde	51 (74%)	15 (22%)	2 (3%)	1 (1%)	0 (0%)
Auxiliar de Saúde Bucal	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cirurgião Dentista	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Enfermeiro	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gerente de Serviço de Saúde	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Médico	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total Geral	89 (79%)	20 (18%)	2 (2%)	1 (1%)	0 (0%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

Na sequência os participantes responderam o quanto a Instituição disponibiliza de tempo para eles em relação ao uso da informação para tomada de decisão. Portanto, a Questão 5b teve como objetivo avaliar o impacto das ações da Instituição frente aos seus funcionários a fim de superar a barreira da falta de tempo para o uso da informação apontada na literatura.

Podemos constatar, a partir da Tabela 14, que houve concentrações de respostas nos limites da escala, ou seja, Pouco/Moderado com 25% e Moderado/Muito com 29%, além do ponto central da escala com 19%. Possivelmente isso indique que a Instituição precise aumentar investimentos em temas relacionados a gerenciamento de tempo.

Tabela 14 – Questão 5b: O quanto a Instituição me disponibilizou tempo para o uso da informação para tomada de decisão

Questão 5b	Escala	Categoria Profissional							Total Geral
		Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Gerente de Serviço de Saúde	Médico	
Disponibilizou Pouco	0	2 (3%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0%)	5 (4%)
	1	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
	2	6 (9%)	1 (33%)	1 (9%)	0 (0%)	3 (27%)	1 (9%)	1 (25%)	13 (12%)
Disponibilizou Moderado	3	11 (16%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0%)	15 (13%)
	4	7 (10%)	1 (33%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (8%)
	5	13 (19%)	0 (0%)	5 (45%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (25%)	21 (19%)
	6	7 (10%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (8%)
Disponibilizou Muito	7	9 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	3 (27%)	2 (18%)	1 (25%)	16 (14%)
	8	10 (14%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (33%)	1 (9%)	3 (27%)	1 (25%)	17 (15%)
	9	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	3 (3%)
	10	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	2 (2%)

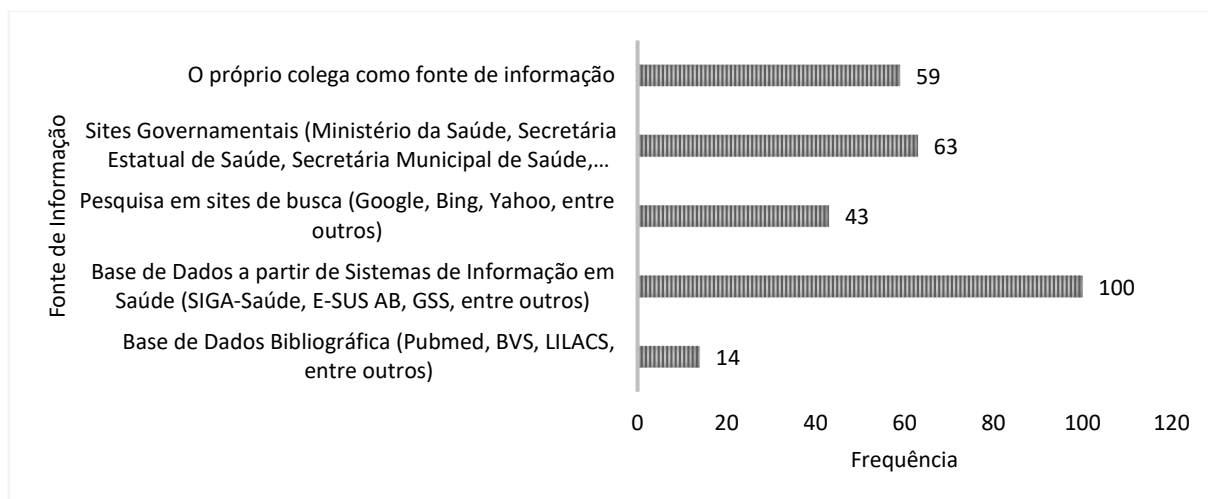
Fonte: Próprio Autor, 2020.

4.6 As principais fontes de informação utilizadas para tomada de decisão no serviço de saúde

De acordo de Kahouei et al. (2014), o mesmo afirma que a memória é a principal fonte de informação utilizadas por médicos na resolução de questões clinicamente relevantes no cuidado ao paciente, sendo que parte dessas informações podem estar desatualizadas ou equivocadas, logo, é imprescindível que as bases de dados de evidências estejam prontamente acessível para o profissional utiliza-la no cuidado ao paciente.

Sendo assim, o presente estudo analisou qual a principal fonte de informação utilizada pelos participantes nos serviços de saúde a fim de auxiliá-los na tomada de decisão. Podemos observar, a partir do Gráfico 4, que a principal fonte de informação utilizada pelos respondentes foram as bases de dados a partir de Sistemas de Informação em Saúde que obteve 100 (89%) respostas, ou seja, dos 112 participantes apenas 12 (11%) não escolheram essa opção. Seguido de Sites Governamentais com 63 (56%) respostas; O próprio colega como fonte de informação com 59 (53%) respostas; Pesquisa em sites de busca com 43 (38%) respostas; e por fim a Base de Dados Bibliográficas com apenas 14 (13%) respostas.

Gráfico 5 – As principais fontes de informação utilizadas para toma de decisão no serviço de saúde (N=112)



Fonte: Próprio Autor, 2020.

A presença da Base de Dados a partir de Sistemas de Informação em Saúde como sendo a principal fonte de informação para tomada de decisão, na avaliação dos respondentes, talvez possa ser explicada pelo fato de que os Sistemas de Informação em Saúde utilizados nos serviços de saúde são sistemas oficiais da Secretária Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde, o que nos leva a concluir que o mesmo está amplamente difundido em todos os serviços de saúde do município.

No entanto, os atuais sistemas apresentam uma forte característica voltada a dados relacionados ao faturamento da produção, ou seja, quantificar o número de consultas e procedimentos realizados pelos profissionais da saúde, e poucos dados são voltados para gestão da clínica ao observar as características desses sistemas, assim como, a utilização dos seus dados para gestão clínica e administrativa. Corroborando com essa visão, Harzheim et al. (2020) apresentou em seu estudo sete desafios a serem enfrentados na APS, entre eles estão: *Maior informatização da APS e ausência de integração de dados clínicos e Ausência de informação de qualidade para tomada de decisão clínica e gerencial.*

Na outra extremidade, observada no Gráfico 4, está a Base de Dados Bibliográficas com apenas 13% de intensão de utilização como fonte de informação, esse resultado vai ao encontro de estudos que apontam a preferência por outras fontes de informação (LIALIOU; MANTAS, 2016), além da dificuldade de acessar artigos científicos e a não utilização de fontes de informação baseadas em evidências devido à disponibilidade de colegas no cenário clínico (KAHOUEI; ALAEI; PANAHI, 2014). Na Tabela 15 é possível analisar os dados estratificados por categoria

profissional, logo, podemos evidenciar que as categorias profissionais de nível superior (Médico, Enfermeiro e Cirurgião Dentista) que atuam diretamente na assistência ao paciente não demonstram preferência a Base de Dados Bibliográficas.

Tabela 15 – As principais fontes de informação utilizadas para toma de decisão no serviço de saúde por categoria profissional

Categoria Profissional	Base de Dados Bibliográfica (Pubmed, BVS, LILACS, entre outros)	Base de Dados a partir de Sistemas de Informação em Saúde (SIGA-Saúde, E-SUS AB, GSS, entre outros)	Pesquisa em sites de busca (Google, Bing, Yahoo, entre outros)	Sites Governamentais (Ministério da Saúde, Secretária Estadual de Saúde, Secretária Municipal de Saúde, entre outros)	O próprio colega como fonte de informação
Agente Comunitário de Saúde	1 (1%)	61 (88%)	18 (26%)	26 (38%)	34 (49%)
Auxiliar de Saúde Bucal	2 (67%)	2 (67%)	0 (0%)	2 (67%)	2 (67%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	0 (0%)	10 (91%)	7 (64%)	8 (73%)	8 (73%)
Cirurgião Dentista	1 (33%)	3 (100%)	3 (100%)	2 (67%)	2 (67%)
Enfermeiro	4 (36%)	9 (82%)	8 (73%)	11 (100%)	7 (64%)
Gerente de Serviço de Saúde	5 (45%)	11 (100%)	5 (45%)	10 (91%)	4 (36%)
Médico	1 (25%)	4 (100%)	2 (50%)	4 (100%)	2 (50%)
Total Geral	14 (13%)	100 (89%)	43 (38%)	63 (56%)	59 (53%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

5. O quanto o respondente está familiarizado com o tema Gestão da Informação

A partir da Tabela 16, podemos observar uma concentração de 63% das respostas na escala entre 3 e 7 (Moderado). Analisando com mais detalhes verifica-se que as categorias profissionais Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Enfermeiro as respostas foram diversificadas entre Pouco (0 a 2), Moderado (3 a 7) e Muito (8 a 10), o mesmo não ocorreu com o Gerente de Serviço de Saúde que teve em grande parte das respostas (73%) na escala 8 (Muito).

Provavelmente, o tema Gestão da Informação em Saúde ainda não está difundido nos serviços de saúde, isso faz com que seja necessário elevar o compromisso dos Gerentes de Serviços de Saúde a transmitir a informação de uma maneira que estimule as pessoas certas a reconhecer a importância da mesma e fazelas a utiliza-las (DAVENPORT, 1998).

Tabela 16 - O quanto o respondente está familiarizado com o tema Gestão da Informação

Nível	Escala	Categoria Profissional							Total Geral
		Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Gerente de Serviço de Saúde	Médico	
Pouco	0	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	1	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	2	13 (19%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (13%)
Moderado	3	7 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (6%)
	4	6 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (7%)
	5	8 (12%)	1 (33%)	3 (27%)	0 (0%)	2 (18%)	1 (9%)	0 (0%)	15 (13%)
	6	5 (7%)	1 (33%)	1 (9%)	1 (33%)	3 (27%)	0 (0%)	1 (25%)	12 (11%)
	7	18 (26%)	0 (0%)	3 (27%)	2 (67%)	3 (27%)	2 (18%)	0 (0%)	28 (25%)
Muito	8	8 (12%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (73%)	2 (50%)	20 (18%)
	9	3 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	4 (4%)
	10	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)

Fonte: Próprio Autor, 2020.

CAPÍTULO 4 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde fazem o uso da informação no processo de tomada de decisão, é importante para que os gestores dos serviços de saúde consigam identificar se o uso da informação por esses profissionais resulta no melhor cuidado do paciente, visando garantir a população acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Para apoiar os gestores nesse processo foi elaborado um Guia de Recomendações contendo as principais fontes de informações utilizadas pelos profissionais nos serviços de saúde, além dos possíveis obstáculos no uso da informação, em especial à instituição ASF aonde ocorreu a pesquisa.

CAPÍTULO 5 – PRODUTO

Todo material pesquisado para elaboração deste trabalho, no qual, reuniu referencial teórico, revisão bibliográfica da literatura e dados coletados a partir da pesquisa aplicada junto aos profissionais da saúde, fundamentaram a construção de um modelo de gerenciamento de informação em saúde que dialogue com os principais elementos extraídos do enquadramento teórico.

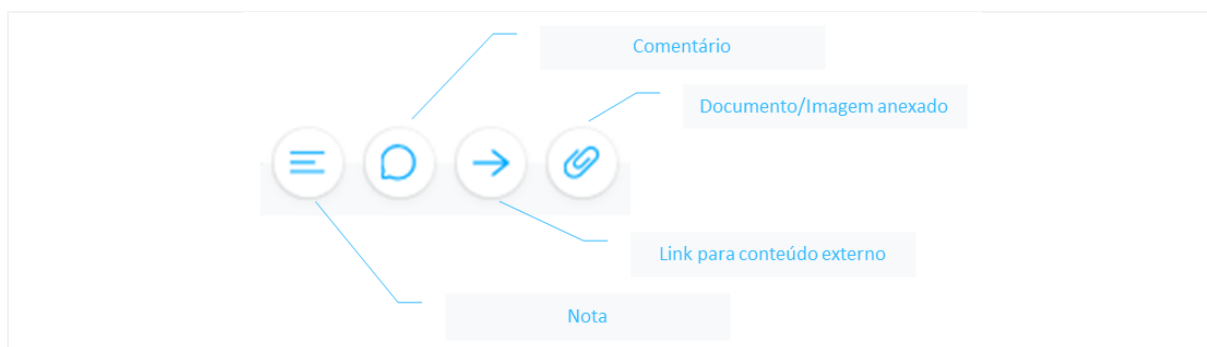
O produto foi construído em uma plataforma online que se utiliza do conceito de mapeamento mental, o que permite apresentar e compartilhar nossos pensamentos através da nuvem. A escolha por essa plataforma se deu com objetivo de tornar interativo e colaborativo as informações apresentadas neste trabalho ao público interessado no tema Gestão da Informação em Saúde.

O modelo de gerenciamento de informação em saúde apresentado no formato de mapa mental é composto por quatro partes, são elas:

- I. Integração dos três modelos de gerenciamento da informação apresentados no enquadramento teórico (Modelo Ecológico para o Gerenciamento da Informação, Tarefas no Processo de Gerenciamento de Informação e A Organização do Conhecimento);
- II. As 26 habilidades necessários para a implementação da Saúde Pública Baseada em Evidência, distribuídas em três níveis (Básico, Intermediário e Avançado);
- III. As barreiras no uso da informação para tomada decisão observadas a partir da revisão bibliográfica da literatura; e por fim
- IV. As principais fontes de informação utilizadas para tomada de decisão nos serviços de saúde que foram objeto deste estudo.

A ferramenta possui algumas funcionalidades que enriquece o mapa mental permitindo que usuário tenha acesso a Notas, Comentários, Links e Anexos. Portanto, devemos ter atenção para os ícones apresentados na Figura 7, eles indicam que existem informações complementares disponíveis ao leitor.

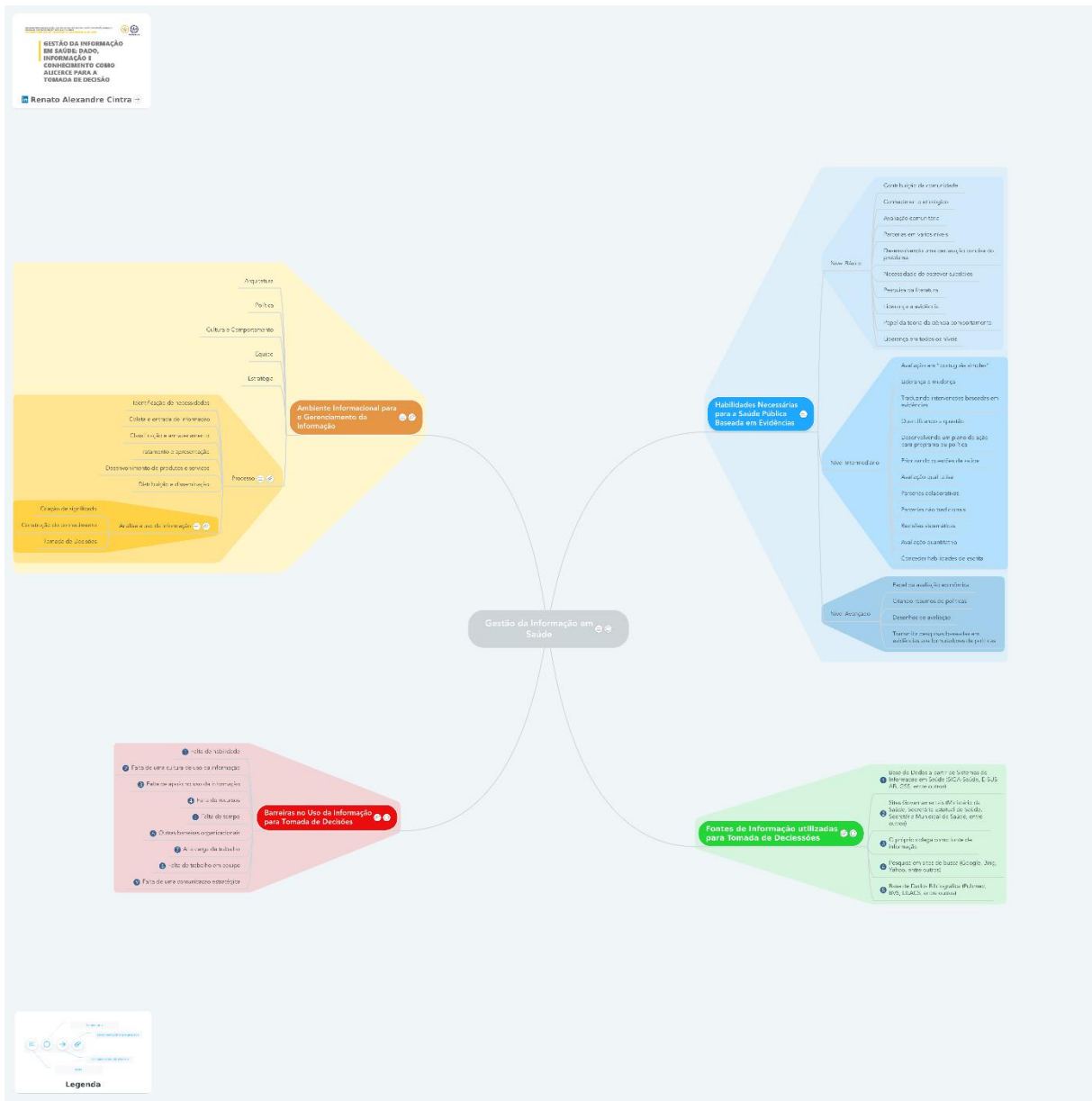
Figura 7 – Ícones com funcionalidades complementares presentes no mapa mental



Fonte: Próprio autor, 2020.

Vale ressaltar que, as informações apresentadas no modelo de gerenciamento de informação em saúde foram elaboradas para serem apresentadas de maneira curta, objetiva e clara. O produto (Figura 8) se encontra disponível através do endereço eletrônico <https://bit.ly/2W1t4dD>

Figura 8 - Modelo de gerenciamento de informação em saúde



Fonte: Próprio autor, 2020

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) fazem o uso da informação no processo de tomada de decisão. A base conceitual para elaboração desta dissertação trouxe elementos importantes a serem explorados nas organizações do setor privado ou público, em especial para os serviços de saúde gerenciados pela instituição parceira do poder público no município de São Paulo, a Associação Saúde da Família (ASF).

O uso da informação no processo de trabalho foi tratado como bem valioso e diferencial para tomada de decisão pelos autores que formaram o referencial teórico deste estudo. Nos alertando que tecnologia por si só não é capaz de mudar o contexto de uma organização referente ao uso efetivo da informação. Os seres humanos, ainda, possuem um papel fundamental na transformação do ambiente de trabalho a fim de incorporar a informação como elemento estratégico para tomada de decisão.

Por sua vez, a revisão bibliográfica aproximou a teoria da prática, trazendo exemplos exitosos e não exitosos de 17 países ao redor do mundo na difícil, e complexa, missão no gerenciamento da informação, do conhecimento e da prática baseada em evidências. As barreiras no uso da informação observadas nesses estudos servem de guias a fim que o caminho no uso da informação não seja um percurso intrincados com a intenção de desorientar que os percorre.

Os dados analisados a partir da elaboração do questionário, que teve como objetivo avaliar o quanto a Instituição vem atuando a fim superar as barreiras no uso da informação mencionadas na literatura, trouxeram resultados otimistas em dois pontos. O primeiro ponto está relacionado a concordância dos participantes (98%), de forma total ou parcial, que é dever da Instituição promover aos seus profissionais condições para superar as barreiras apresentadas na literatura (Falta de habilidade, Falta de cultura de uso da informação, Falta de apoio no uso da informação, Falta de recursos e Falta de tempo) no uso da informação. Portanto, isso pode indicar o interesse, ou seja, atitude proativa destes profissionais em relação ao uso da informação no processo de trabalho dos serviços de saúde. O segundo ponto traz que a Instituição, na avaliação de boa parte dos participantes (58%), vem oferecendo ferramentas a fim de desenvolver neles, profissionais da saúde, condições para superar as barreiras supracitadas.

No entanto, elementos extraídos da análise dos dados do questionário indicam que o tema Gestão da Informação em Saúde não está disseminado nos serviços de saúde. Na prática, este cenário parece demonstrar a necessidade da Instituição em avaliar recorrentemente se os recursos ou ferramentas colocadas a disposição dos profissionais da saúde estão sendo encaradas como peças estratégicas na tomada de decisão.

Sendo assim, e a partir de todo material pesquisado (referencial teórico e revisão bibliográfica) e da análise realizada a partir dos dados coletados do questionário foi possível reunir informações que fundamentaram a construção de um modelo de gerenciamento de informação em saúde que dialogue com os principais elementos extraídos do enquadramento teórico.

O modelo de gerenciamento de informação em saúde elaborado faz parte do produto deste trabalho, visando reunir os principais elementos que auxiliam no uso efetivo da informação no processo decisório dos profissionais da saúde. O produto foi construído em uma plataforma online com a finalidade de torna-lo interativo e colaborativo e que possa servir aos interesses dos tomadores de decisão dos serviços de saúde, reunindo informações relevantes a luz do tema Gestão da Informação em Saúde.

Esperamos que a pesquisa realizada ao longo dos últimos 18 meses tenha conseguido alcançar os objetivos, geral e específico, propostos neste trabalho. No entanto, e por se tratar de uma pesquisa exploratória algumas hipóteses levantadas, como por exemplo, se o uso da informação pelos profissionais da saúde resulta no melhor cuidado do paciente, visando garantir a população acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado se apresenta como possível futuro estudo.

Desejamos que a preocupação com a informação caminhe ao lado da atenção em absorve-la e a utiliza-la no momento certo pelas pessoas certas, para que os esforços na geração dos grandes volumes de dados não resultem na sua subutilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANISAR, David. **Freedom of information around the world 2006: A global survey of access to government information laws**. Privacy International, 2006.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; DE ALMEIDA CUNHA, Cristiano Castro; MACEDO, Marcelo. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. *Gestão e sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Brasília, 05 out. 1988.

BRASIL. **Acesso à Informação**, Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília, 18 nov. 2011.

BROWNSON, Ross C.; BAKER, Elizabeth A. (Elizabeth Anne); DESHPANDE, Anjali D.; et al. **Evidence-based public health**. [s.l.: s.n.], 2011.

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

DAVENPORT, Thomas H. **Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. [s.l.]: Futura, 1998.

ELLEN, Moriah E; LÉON, Grégory; BOUCHARD, Gisèle; et al. **Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study**. *Implementation Science*, v. 9, n. 1, p. 179, 2014.

ESTRELA, Sónia Catarina Lopes. **A Gestão da informação na tomada de decisão das PME da região centro: um estudo exploratório e de multicaseos no âmbito da Ciência da Informação**. 2014.

FAROKHZADIAN, Jamileh; KHAJOUEI, Reza; AHMADIAN, Leila. **Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran**. *International Journal of Medical Informatics*, v. 84, n. 8, p. 570–577, 2015.

GIBSON, C. J.; DIXON, B.E.; ABRAMS, K. **Convergent evolution of health information management and health informatics**. *Applied Clinical Informatics*, v. 06, n. 01, p. 163–184, 2015.

GHOSH, Abhijeet; MCCARTHY, Sandra; HALCOMB, Elizabeth. **Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study**. *BMC Family Practice*, v. 17, n. 1, p. 50, 2016.

HARZHEIM, E.; MARTINS JOSÉ DOS SANTOS, C.; PEREIRA D'AVILA, O.; WOLLMANN, L.; PINTO, L. F. **Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2354, 24 abr. 2020.

HWEIDI, Issa M.; TAWALBEH, Loai Issa; AL-HASSAN, Musa A.; et al. **Research Use of Nurses Working in the Critical Care Units.** Dimensions of Critical Care Nursing, v. 36, n. 4, p. 226–233, 2017.

JÚNIOR, Severino Domingos da Silva; COSTA, Francisco José. **Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de Likert e Phrase Completion.** PMKT–Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia, v. 15, n. 1-16, p. 61, 2014.

KAHOUEI, Mehdi; ALAEI, Safollah; PANAHI, Sohaila Sadat Ghazavi Shariat; et al. **The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources.** Journal of Evidence-Based Medicine, v. 7, n. 1, p. 45–51, 2014.

KIILU, Elizabeth Mueke; OKERO, Dominic Charles; MUIRURI, Lillian; et al. **Human resource capacity for information management in selected public healthcare facilities in Meru County, Kenya.** The Pan African medical journal, v. 20, p. 334, 2015.

KLERINGS, Irma; WEINHANDL, Alexandra S.; THALER, Kylie J. **Information overload in healthcare: too much of a good thing?** Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, v. 109, n. 4–5, p. 285–290, 2015.

KNAUP, Petra; AMMENWERTH, Elske; DUJAT, Carl; et al. **Assessing the Prognoses on Health Care in the Information Society 2013 - Thirteen Years After.** Journal of Medical Systems, v. 38, n. 7, p. 73, 2014.

KUMWENDA, Wiza; KUNYENJE, Gregory; GAMA, Jimmie; et al. **Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives.** Malawi medical journal: the journal of Medical Association of Malawi, v. 29, n. 4, p. 306–310, 2017.

LIALIOU, Paschalina; MANTAS, John. **Online Information Seeking Behaviour by Nurses and Physicians: A Cross-Sectional Study.** Studies in health technology and informatics, v. 225, p. 33–7, 2016.

LUCKSON, Manju; DUNCAN, Fiona; RAJAI, Azita; et al. **Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK.** Journal of Clinical Nursing, v. 27, n. 7–8, p. e1462–e1476, 2018.

MAEDA, M. D. Informes Urbanos: **A dinâmica do IDH-M e suas dimensões e São Paulo entre 2000 e 2010 no município**, Informes Urbanos - Prefeitura de São Paulo, n. 29, 2017.

MALIK, Gulzar; MCKENNA, Lisa; PLUMMER, Virginia. **Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study**. Contemporary nurse, v. 52, n. 5, p. 544–554, 2016.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, v.5, 4.ed, 2003.

MARTINS, João Paulo Ferreira. **O impacto da formação do curso de engenharia de produção da Universidade Federal Fluminense nos alunos de graduação: um estudo baseado sob a ótica das competências exigidas pelo mercado de trabalho**. Niterói, RJ: [s.n.], 2016.

MCGEE, James V.; PRUSAK, Laurence. **Gerenciamento estratégico da informação: aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica**. [s.l.]: Campus, 1994.

MS, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**, Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Brasília, 10 jul. 2013.

MORTÉNIUS, Helena; HILDINGH, Cathrine; FRIDLUND, Bengt. **Strategic Communication Intervention to Stimulate Interest in Research and Evidence-Based Practice: A 12-Year Follow-Up Study With Registered Nurses**. Worldviews on Evidence-Based Nursing, v. 13, n. 1, p. 42–49, 2016.

NICOL, Edward; BRADSHAW, Debbie; UWIMANA-NICOL, Jeannine; et al. **Perceptions about data-informed decisions: an assessment of information-use in high HIV-prevalence settings in South Africa**. BMC health services research, v. 17, n. Suppl 2, p. 765, 2017.

PÉTRÉ, Benoit; GILLAIN, Nicolas; JACQMIN, Nadine; et al. **Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study**. Acta Clinica Belgica, v. 73, n. 2, p. 110–118, 2018.

SIBBALD, Shannon L.; KOTHARI, Anita. **Creating, Synthesizing, and Sharing: The Management of Knowledge in Public Health**. Public Health Nursing, v. 32, n. 4, p. 339–348, 2015.

TAIWO ADELEKE, Ibrahim; HAKEEM LAWAL, Adedeji; ADETONA ADIO, Razzaq; et al. **Information technology skills and training needs of health information management professionals in Nigeria: a nationwide study**. Health information management. Journal of the Health Information Management Association of Australia, v. 44, n. 1, p. 30–8.

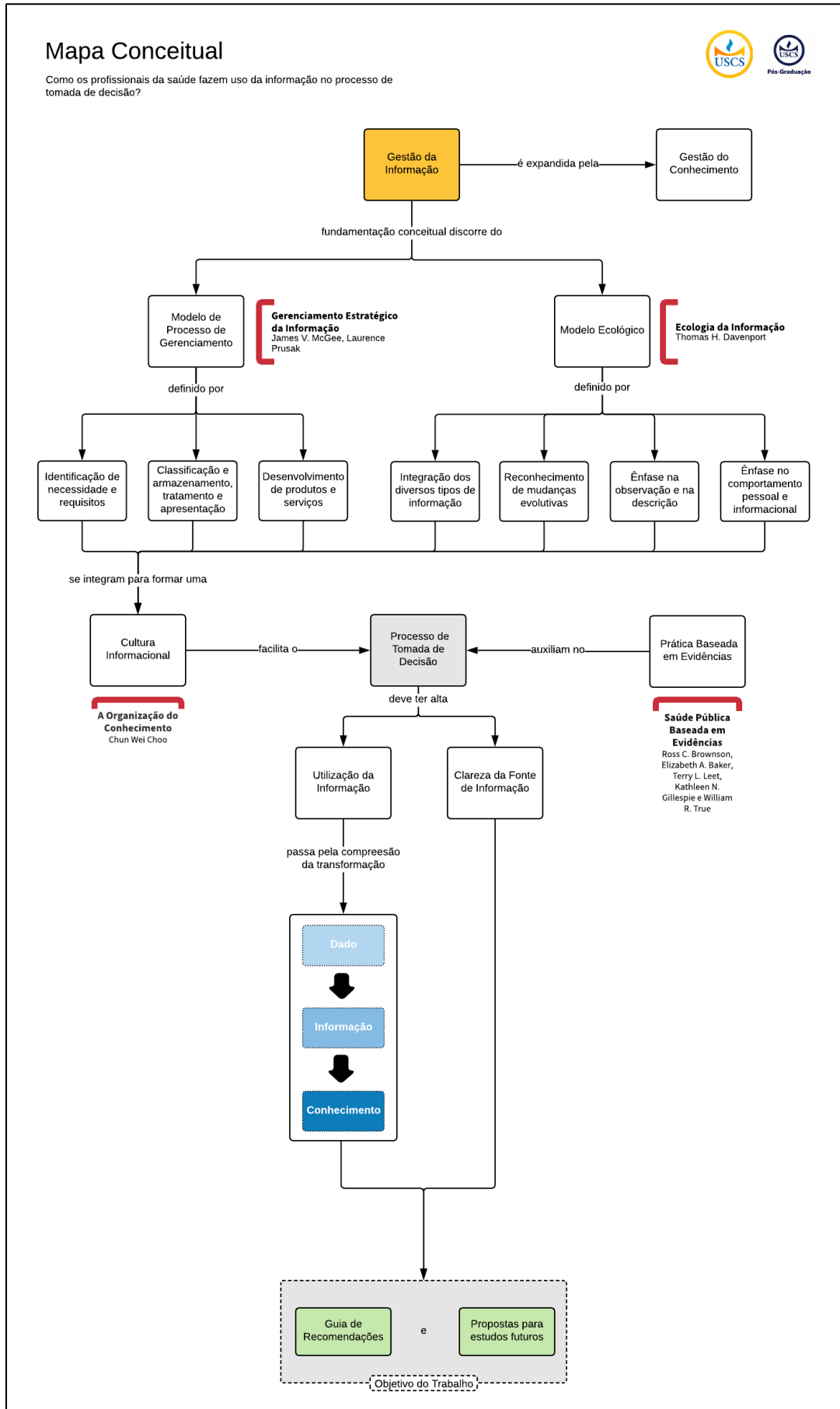
TSHABALALA, Ann M.E.T.; TAYLOR, Myra. **Disaggregated data to improve child health outcomes**. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, v. 8, n. 1, p. e1–e7, 2016.

UNITED NATIONS, UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **United Nations Convention Against Corruption**. United Nations Publications, 2004.

WILLIAMS, Brett; PERILLO, Samuel; BROWN, Ted. **What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review**. Nurse Education Today, v. 35, n. 2, p. e34–e41, 2015.

APÉNDICE

APÊNDICE A - Mapa Conceitual



APÊNDICE B - Team-Based Learning - TBL

Team-Based Learning - TBL

Gestão da Informação [MIESS]

A seguir serão apresentados três textos extraídos de livros que falam a respeito da Gestão da Informação no processo de Tomada de Decisão. Vamos a eles.

Texto I

“... o gerenciamento da informação pode ser utilizado tanto para distribuir o poder como para centralizá-lo. Algumas empresas efetivamente centralizam o controle da informação; outras empregam técnicas similares para promover o acesso às informações e envolver mais pessoas na tomada de decisão. É uma questão de escolha, baseada em numerosos fatores idiossincráticos, como o tamanho da empresa, seu principal ramo de atividade e sua estrutura organizacional, mas a essência da política da informação é formada por que faz as escolhas e pelas consequências que essa escolha determina.”

(DAVENPORT, Thomas H. Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. Pág. 91. Futura, 1998.)

Texto II

“A tomada de decisões da organização é racional não apenas em espírito (e aparência), mas na execução: a organização é intencionalmente racional, mesmo que seus membros tenham sua racionalidade limitada. Metas e objetivos são estabelecidos de antemão, e quando os participantes encontram problemas na busca desses objetivos, procuram informações sobre as alternativas e consequências, e avaliam os resultados de acordo com os objetivos e preferências. O modelo tem uma característica linear de troca de energia, com foco no fluxo de informações nos processos decisórios da organização.”

(CHOO, Chun Wei. A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. Pág. 43. Senac São Paulo, 2003.)

Texto III

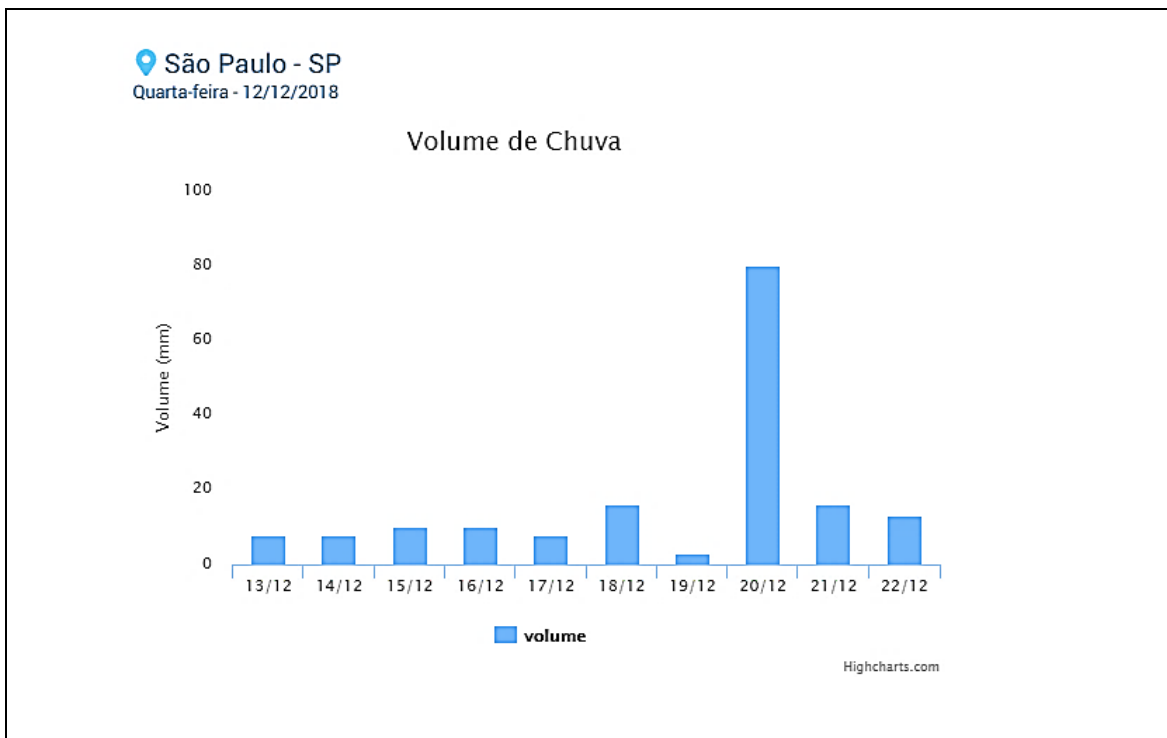
“A implementação bem-sucedida da EBPH (Evidence-Based Public Health) na prática de saúde pública é tanto uma ciência quanto uma arte. A ciência é construída com base em pesquisas epidemiológicas, comportamentais e políticas que mostram o tamanho e o alcance de um problema de saúde pública e que as intervenções provavelmente serão eficazes na abordagem do problema. A arte de tomar decisões geralmente envolve saber que informação é importante para uma parte interessada em particular no momento certo.”

(BROWNSON, Ross C. et al. Evidence-based public health. Pág. 18. Oxford university press, 2018.)

Questões para refletir...

1. De acordo com as médias climatológicas de uma série de dados observados por 30 anos a cidade de São Paulo apresenta temperaturas entre 18°C e 26°C com precipitação de 200mm para o mês de dezembro, sendo assim, o volume de chuva por dia é em média de 6,45mm.

Considerando que uma pessoa tem viagem programada para o dia 20 de dezembro de 2018 para a cidade de São Paulo, e a mesma está atrasada para o embarque, ouve no noticiário climatológico o volume de chuva previsto para o período entre 13 e 22 de dezembro. Conforme representado na figura a seguir.



(CLIMATEMPO. Climatologia e Gráfico Meteorológico. Disponível em: <https://www.climatempo.com.br/climatologia/558/saopaulo-sp> e <https://www.climatempo.com.br/graficos/cidade/558/saopaulo-sp> Acesso em: 12 de dezembro de 2018.)

Diante dos dados apresentados e contando com os seguintes acessórios disponíveis no seu guarda roupa.

- I. Guarda-chuva.
- II. Sombrero mexicano.
- III. Casaco para neve.

A melhor opção de acessório para futura ocasião está em

- a) I, apenas.
- b) II, apenas.
- c) III, apenas.
- d) II e III, apenas

2. Mudar o *status quo* de uma organização nunca é fácil. A ecologia da informação exige novas estruturas administrativas, incentivos e atitudes em direção à hierarquia, à complexidade e à divisão de recursos da organização — só para começar. No entanto, quando os administradores de qualquer nível são incapazes de adotar uma abordagem mais ampla para o uso da informação, as consequências vão de milhões de dólares gastos em tecnologia desnecessária a vendedores que não sabem usar com eficiência o banco de dados dos clientes. Ironicamente, à medida que a informação se torna mais e mais importante, precisamos aprender a pensar além das máquinas.

(DAVENPORT, Thomas H. Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. Futura, 1998.)

Considerando as ideias acima, avalie as afirmações a seguir.

- I. Criar bancos de dados em computadores é o único modo de administrar a complexidade da informação.
- II. Quanto mais complexo o modelo de informação, menor será sua utilidade.
- III. As mudanças tecnológicas irão aperfeiçoar o ambiente informacional.
- IV. A informação não é facilmente arquivada em computadores — e não é constituída apenas de dados.

É correto o que se afirmar em

- a) I e II, apenas.
- b) III e IV, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) II e IV, apenas.

3. Um estudo na África do Sul sobre “Dados desagregados para melhorar os resultados de saúde infantil” teve como objetivo analisar o Sistema de Informações de Saúde (SIS) do distrito de Amajuba, no qual, foi desenvolvido para coletar dados de rotina agregados de instalações de saúde pública. A recolha de dados baseada nos leitos foi iniciada para facilitar uma melhor capacidade de resposta às necessidades de saúde da comunidade e melhorar os resultados de saúde e a satisfação do paciente. O resultado obtido foi o seguinte:

Dos 131 entrevistados, 83 (67,5%) forneceram intervenções direcionadas para crianças em certa medida ou em grande medida para melhorar os resultados de saúde infantil, mas apenas 74 (56,5%) entrevistados relataram usar os dados de saúde, disponíveis no SIS, para subsidiar suas decisões. Essa discrepância indica uma má utilização das informações locais de saúde para a tomada de decisões.

(TSHABALALA, Ann MET; TAYLOR, Myra. Disaggregated data to improve child health outcomes. African journal of primary health care & family medicine, v. 8, n. 1, 2016.)

Com base nos resultados apresentados a acima algumas hipóteses podem ser levantadas a fim de entender os motivos pelo qual os 53 (43,5%) entrevistados restantes não utilizaram os dados disponíveis para sua tomada de decisão.

- I. Falta de tempo para acessar as bases de dados.
- II. Dificuldade no manuseio das ferramentas tecnológicas.
- III. Ambiente de trabalho desmotivador.

Levando em consideração a sua experiência profissional quais das hipóteses citadas anteriormente podem ajudar a justificar a não utilização da informação para tomada de decisão.

- a) I, apenas.
- b) I e II, apenas.
- c) II, apenas.
- d) II e III, apenas.

APÊNDICE C - Expressão de Busca

Expressão de Busca (I)

Ferramenta de Busca: PubMed

Base de Dados: MEDLINE

Descritores: Inglês

("health personnel" OR "attitude of health personnel") AND (("use of scientific information in health decision-making"[TW] OR ("use of information"[TW]) AND ("decision-making"[TW]))) OR ("integrated advanced information management systems" OR "health information management" OR "information management" OR "evidence-based practice" OR "public health informatics"))

Expressão de Busca (II)

Ferramenta de Busca: BVS

Base de Dados: SciELO e LILACS

Descritores: Inglês, Espanhol e Português

("health personnel" OR "personal de salud" OR "pessoal de saude" OR "attitude of health personnel" OR "actitud del personal de salud" OR "atitudo do pessoal de saude") AND (("use of scientific information in health decision-making" OR "uso de la informacion cientifica en la toma de decisiones en salud" OR "uso da informacao cientifica na tomada de decisoes em saude" OR ((TW:"use of information" OR TW:"uso de la informacion" OR TW:"uso da informacao") AND (TW:"decision-making" OR TW:"toma de decisiones" OR TW:"tomada de decisao")))) OR ("integrated advanced information management systems" OR "sistemas integrados y avanzados de gestion de la informacion" OR "sistemas integrados e avancados de gestao da informacao" OR "health information management" OR "gestion de la informacion en salud" OR "gestao da informacao em saude" OR "information management" OR "gestion de la informacion" OR "gestao da informacao" OR "evidence-based practice" OR "practica clinica basada en la evidencia" OR "pratica clinica baseada em evidencias" OR "public health informatics" OR "informatica en salud publica" OR "informatica em saude publica"))

APÊNDICE D - Questionário

Olá! Eu sou o Renato Alexandre Cintra, aluno do Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde, orientado pelo Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado. Vimos convidá-lo(a) a participar do projeto intitulado "**Gestão da Informação em Saúde: Dado, Informação e Conhecimento como Alicerce para a Tomada de Decisão**" que tem como finalidade a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

A sua participação se dará através desta conversa analisando algumas afirmações a respeito do tema Gestão da Informação. Mas antes preciso lhe apresentar o [Termo de Consentimento Livre e Esclarecido](#), conhecido como TCLE, que é um documento importante para qualificação ética deste projeto de pesquisa. Esse documento também visa garantir que em nenhum momento da pesquisa você será identificado.

1. Ao clicar no botão abaixo e depois enviar, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Declaro que concordo em participar da pesquisa

A sua participação é de fundamental importância para esta pesquisa, por isso, agradecemos desde já a sua colaboração!

O objetivo geral do projeto é compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) fazem o uso da informação no processo de tomada de decisão nos serviços de saúde gerenciados pela instituição parceira do poder público no município de São Paulo, a Associação Saúde da Família (ASF).

2. Qual é a sua categoria profissional?

- Agente Comunitário de Saúde
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Saúde Bucal
- Cirurgião Dentista
- Enfermeiro
- Gerente de Serviço de Saúde
- Médico
- Técnico em Saúde Bucal

Este projeto visa a construção de elo articulando três pilares: Gestão da Informação (GI), Gestão do Conhecimento (GC) e Prática Baseada em Evidências (PBE).

3. Qual é a sua idade?

- 18 anos a 24 anos
- 25 anos a 34 anos
- 35 anos a 44 anos
- 45 anos a 54 anos
- Mais de 54

4. De que gênero você é?

- Feminino
- Masculino
- Outro
- Prefiro não dizer

As questões que vou apresentar a seguir foram construídas com base em afirmações encontradas na literatura. Você poderá escolher uma opção que represente o seu grau de concordância com a afirmação citada.

Para a primeira pergunta teste, será utilizada uma escala conhecida como Likert. Essa escala possui cinco opções: **Concordo Totalmente, Concordo Parcialmente, Indiferente, Não Concordo Parcialmente e Não Concordo Totalmente**. Vamos ao primeiro exemplo.

5. [Pergunta Teste 1] Os programas de TV devem desenvolver em seus telespectadores conhecimentos sobre as maravilhas naturais do Brasil.

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Indiferente
- Não Concordo Parcialmente
- Não Concordo Totalmente

Você está indo muito bem. ;-)

Para a segunda pergunta teste, será utilizada uma escala conhecida como Pharse Completion. Essa escala possui onze opções agrupadas da seguinte maneira: **Desenvolveu Pouco (0, 1, 2), Desenvolveu Moderado (3, 4, 5, 6, 7) e Desenvolveu Muito (8, 9, 10)**.

6. [Pergunta Teste 2] O quanto os programas de TV desenvolveram em mim conhecimentos sobre as maravilhas naturais do Brasil.

(Digite de 0 a 2 para Desenvolveu Pouco, de 3 a 7 para Desenvolveu Moderado ou 8 a 10 para Desenvolveu Muito)

Agora você está familiarizado com as escalas que serão utilizadas nas informações deste de trabalho de pesquisa.

Estou ansioso para saber a sua opinião. :-)

7. Estou conseguindo explicar de forma clara até aqui?

- Sim
- Não

Na sequência irei apresentar **cinco afirmações** no mesmo formato que testamos anteriormente. **Mas agora as respostas irão fazer parte do meu projeto**, sendo assim, responda com atenção. Vale ressaltar que todas as afirmações a seguir estão relacionadas ao tema Gestão da Informação. Vamos lá.

8. A Instituição deve desenvolver em seus profissionais a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão.

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Indiferente
- Não Concordo Parcialmente
- Não Concordo Totalmente

9. O quanto a Instituição desenvolveu em mim a habilidade para analisar, interpretar e usar os dados para tomada de decisão.

(Digite de 0 a 2 para Desenvolveu Pouco, de 3 a 7 para Desenvolveu Moderado ou 8 a 10 para Desenvolveu Muito)

10. A Instituição deve desenvolver em seus profissionais uma cultura de uso da informação para tomada de decisão.

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Indiferente
- Não Concordo Parcialmente
- Não Concordo Totalmente

11. O quanto a Instituição desenvolveu em mim uma cultura no uso da informação para tomada de decisão.

(Digite de 0 a 2 para Desenvolveu Pouco, de 3 a 7 para Desenvolveu Moderado ou 8 a 10 para Desenvolveu Muito)

12. A Instituição deve apoiar os seus gestores no uso da informação para tomada de decisão.

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Indiferente
- Não Concordo Parcialmente
- Não Concordo Totalmente

13. O quanto o gestor me apoiou no uso da informação para tomada de decisão.

(Digite de 0 a 2 para Apoiou Pouco, de 3 a 7 para Apoiou Moderado ou 8 a 10 para Apoiou Muito)

14. A Instituição deve fornecer para seus profissionais recursos para o uso da informação para tomada de decisão.

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Indiferente
- Não Concordo Parcialmente
- Não Concordo Totalmente

15. O quanto a Instituição me disponibilizou recursos para o uso da informação para tomada de decisão.

(Digite de 0 a 2 para Disponibilizou Pouco, de 3 a 7 para Disponibilizou Moderado ou 8 a 10 para Disponibilizou Muito)

16. A Instituição deve fornecer para seus profissionais tempo para o uso da informação para tomada de decisão.

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Indiferente
- Não Concordo Parcialmente
- Não Concordo Totalmente

17. O quanto a Instituição me disponibilizou tempo para o uso da informação para tomada de decisão.

(Digite de 0 a 2 para Disponibilizou Pouco, de 3 a 7 para Disponibilizou Moderado ou 8 a 10 para Disponibilizou Muito)

Estamos chegando ao fim da nossa conversa. :-)

A seguir vou apresentar uma lista com algumas fontes de informação para tomada de decisão.

18. Qual, ou quais, as fontes de informação listadas abaixo você utiliza para tomada de decisão no serviço de saúde que você trabalha? (Lembrando que você pode marcar uma ou mais opções)

- Base de Dados Bibliográfica (Pubmed, BVS, LILACS, entre outros)
- Base de Dados a partir de Sistemas de Informação em Saúde (SIGA-Saúde, E-SUS AB, GSS, entre outros)
- Pesquisa em sites de busca (Google, Bing, Yahoo, entre outros)
- Sites Governamentais (Ministério da Saúde, Secretária Estadual de Saúde, Secretária Municipal de Saúde, entre outros)
- O próprio colega como fonte de informação

O produto do projeto de mestrado será um Guia de Recomendações para uso da informação nos serviços de saúde. E você ajudou muito até aqui. :-)

19. Última pergunta. O quanto você está familiarizado com o tema Gestão da Informação?

(Digite de 0 a 2 para Pouco, de 3 a 7 para Moderado ou 8 a 10 para Muito)

Chegamos ao fim da nossa conversa e quero agradecer novamente a sua participação.

APÊNDICE E - TCLE

Convite para participação em pesquisa

Eu, Renato Alexandre Cintra, aluno(a) do Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde, orientado(a) pelo(a) Prof. Dr. José Lúcio Martins Machado, vimos convidá-lo(a) a participar do projeto intitulado “Gestão da Informação em Saúde: Dado, Informação e Conhecimento como Alicerce para a Tomada de Decisão” que tem como finalidade a elaboração de uma Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

O tema desta pesquisa versa sobre compreender como os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) fazem o uso da informação no processo de tomada de decisão. Sua participação será muito importante para esse estudo. Ao aceitar este convite, pedimos que leia o termo de consentimento livre e esclarecido, apresentado a seguir.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Gestão da Informação em Saúde: Dado, Informação e Conhecimento como Alicerce para a Tomada de Decisão

Nome do(a) pesquisador(a) responsável: Renato Alexandre Cintra

O objetivo da pesquisa é avaliar por meio de questionário se as barreiras observadas na literatura em relação a utilização da informação no processo de tomada de decisão se fazem presente também nos serviços de saúde que serão objeto deste estudo. Além de mapear as principais fontes de informação utilizadas pelos profissionais da saúde a fim de apoiar a sua tomada de decisão.

A sua participação implica em responder o questionário de forma online.

Esta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e como as informações do questionário servirão apenas para organização do pesquisador e em nenhum momento da pesquisa você será identificado, este trabalho oferece riscos mínimos de comprometimento profissional. O risco está em você se sentir constrangido em responder a uma das perguntas do questionário ou algum leitor identificar a sua participação por meio de suas opiniões e formas argumentativas ou ainda pelas atividades de trabalho relatadas. Por isso, se em alguma questão se sentir desconfortável por receio de complicações com a equipe ou com a gestão, sinta-se à vontade em não responder, inclusive sem apresentar quaisquer justificativas. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para você. Sempre que quiser você poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a) do projeto que consta no final deste documento e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da USCS que é (11) 4239-3200 ramal 3282, de segunda a sexta das 8h às 12h, situado na Rua Santo Antônio, 50, Centro de São Caetano do Sul, CEP 09521-160.

As informações desta pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, exceto para os responsáveis pelo estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Você terá direito a buscar indenização ou ressarcimento caso você se sinta prejudicado em decorrência desta pesquisa. Estando de acordo com este termo pedimos o seu consentimento para participar da pesquisa. Nesse sentido, por favor, assinale em “Declaro que concordo em participar da pesquisa” na opção disponível no formulário online para prosseguir com o questionário.

() Concordo com tudo o que foi escrito acima e me declaro maior de idade (idade igual ou superior a 18 anos).

Agradecemos desde já sua participação. Você tem interesse em receber os resultados deste estudo?

() Sim () Não

E-mail: _____

Nome do (a) Pesquisador (a): Renato Alexandre Cintra
Telefone de contato: (11) 94927-7734
E-mail: renatocintra@gmail.com
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Celi de Paula Silva
Coordenador adjunto do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 4239-3282
Endereço do Comitê: R. Santo Antônio, 50 – Centro, Campus Centro da USCS
E-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br

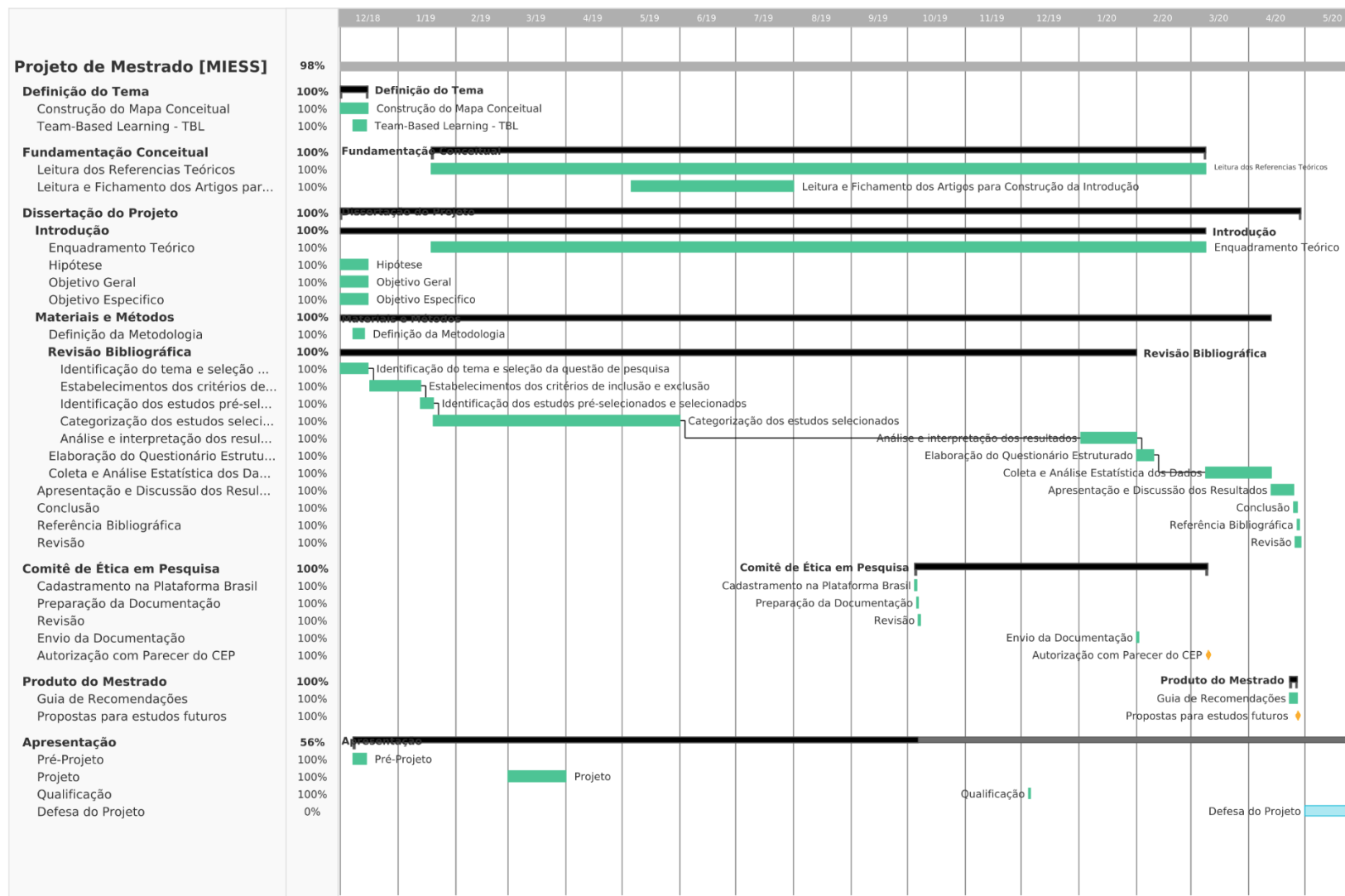
São Paulo, _____ de _____ de _____

Participante

Renato Alexandre Cintra

Pesquisador Responsável

APÊNDICE F - Cronograma do Projeto



Fonte: Próprio Autor. Disponível em: <<http://bit.ly/2LIICA7>>. Acesso em: 27 de abr. de 2020.

APÊNDICE G - Matriz Síntese Resumida

ID	Grau de Importância	Categoria	Título do Artigo (Original)	Título do Artigo (Traduzido)	Objetivo
1	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	Perceptions about data-informed decisions: an assessment of information-use in high HIV-prevalence settings in South Africa	Percepções sobre decisões informadas por dados: uma avaliação do uso da informação em ambientes com alta prevalência de HIV na África do Sul	O uso da informação é um componente integrante de um sistema de informação de saúde de rotina e essencial para influenciar a formulação de políticas, ações do programa e pesquisa. Apesar de uma quantidade maior de dados de rotina coletados, as decisões de planejamento e alocação de recursos tomadas pelos gerentes de saúde para gerenciar programas de HIV geralmente não são baseadas em dados. Este estudo investigou o uso de informações e as barreiras ao uso de dados de rotina para monitorar a prevenção da transmissão de mãe para filho de programas de HIV (PMTCT) em dois distritos de alta prevalência de HIV na África do Sul.
2	Alto	Prática Baseado em Evidências	Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	Percepção de enfermeiros belgas sobre a implementação da prática clínica baseada em evidências: um estudo de grupo focal	Apesar das recomendações para integrar a prática baseada em evidências nos cuidados de enfermagem, a implementação da enfermagem baseada em evidências (EBN) é geralmente inexistente. Estratégias para o desenvolvimento de um plano de implementação da EBN requerem uma avaliação das necessidades e expectativas dos enfermeiros. O objetivo deste estudo foi avaliar como enfermeiras belgas percebem o EBN.
3	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	The Evolution of the New Provider Team: Driving Cultural Change Through Data	A evolução da nova equipe de fornecedores: impulsionando mudanças culturais por meio de dados.	Os executivos de enfermagem são continuamente desafiados a abordar um sistema de saúde em rápida evolução. Todos os aspectos da prestação de cuidados estão sendo examinados, mas a exigência constante continua sendo a garantia de atendimento de alta qualidade e altamente confiável, com boa relação custo-benefício e fácil acesso.
4	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	Gestão da informação no programa de prevenção da transmissão mãe-filho no Malawi (PMTCT): perspectivas dos profissionais de saúde.	Os trabalhadores da saúde são os principais impulsionadores para o fortalecimento da gestão da informação do Programa de Prevenção da Transmissão da Mãe para a Criança (PMTCT) nas unidades de saúde. Assim, entender como os profissionais de saúde percebem o gerenciamento de informações pode esclarecer áreas que requerem intervenções para melhorar os processos de gerenciamento de informações nas unidades de saúde. O objetivo é avaliar as percepções dos profissionais de saúde em relação ao gerenciamento de informações do programa PTV e fatores que afetam o gerenciamento de informações nas unidades de saúde.

5	Alto	Prática Baseado em Evidências	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	Facilitadores e barreiras à prática baseada em evidências: percepções de enfermeiros educadores, treinadores clínicos e enfermeiros especialistas de um estudo descritivo.	A implementação da prática baseada em evidências (PBE) é uma iniciativa importante dentro dos cuidados de saúde para garantir que as decisões clínicas e políticas incorporem as melhores evidências disponíveis. Este trabalho relata os resultados de um estudo descritivo que explora percepções de fatores dos enfermeiros educadores, treinadores clínicos e enfermeiros especialistas associados ao uso da PBE.
6	Alto	Qualidade dos Dados	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	Percepções do pessoal da atenção primária sobre uma intervenção regional de qualidade de dados na prática geral australiana: um estudo qualitativo.	Os avanços tecnológicos na captura de dados clínicos e sistemas de armazenamento levaram a tentativas recentes de vigilância da doença e planejamento de saúde da população específica da região através de dados clínicos administrativos de cuidados primários regularmente coletados. No entanto, a precisão e a abrangência dos registros de saúde da atenção primária permanecem questionáveis. Nosso objetivo foi explorar as percepções e experiências do pessoal de clínica geral na manutenção de dados precisos de saúde do paciente dentro do software clínico utilizado em ambientes de atenção primária da NSW regional.
7	Alto	Lacuna entre Pesquisa e Prática	Strategic Communication Intervention to Stimulate Interest in Research and Evidence-Based Practice: A 12-Year Follow-Up Study With Registered Nurses	Intervenção Estratégica de Comunicação para Estimular o Interesse em Pesquisa e Prática Baseada em Evidências: Um Estudo de Acompanhamento de 12 Anos com Enfermeiros Registrados.	A ligação entre a lacuna de pesquisa e prática é um desafio para os cuidados de saúde. A promoção da conscientização e do interesse em pesquisa e desenvolvimento (P & D) pode servir como uma plataforma para ajudar enfermeiros e outros a preencher essa lacuna. A comunicação estratégica é um campo interdisciplinar que tem sido usado para alcançar o interesse de longo prazo na adoção e aplicação de P & D na atenção primária. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção de comunicação estratégica sobre o interesse de longo prazo em P & D entre profissionais da atenção primária (PCSMs) em geral e enfermeiros (RNs) em particular.
8	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	Disaggregated data to improve child health outcomes	Dados desagregados para melhorar os resultados de saúde infantil.	O Sistema Distrital de Informação de Saúde foi desenvolvido na África do Sul para coletar dados de rotina agregados de instalações de saúde pública. No distrito de Amajuba, KwaZulu-Natal, a recolha de dados baseada nas alas foi iniciada para facilitar uma melhor capacidade de resposta às necessidades de saúde da comunidade e melhorar os resultados de saúde e a satisfação do paciente. Avaliar a aplicação dos dados de saúde baseados na enfermaria municipal no processo de tomada de decisão para melhorar os resultados de saúde infantil.

9	Alto	Prática Baseado em Evidências	Translating Evidence Into Practice via Social Media: A Mixed-Methods Study	Traduzindo evidências para a prática através de mídias sociais: um estudo de métodos mistos.	Aproximadamente 80% das evidências de pesquisa relevantes para a prática clínica nunca chegam aos médicos que prestam assistência ao paciente. Uma barreira chave para a tradução de evidências em prática é o tempo limitado e as habilidades que os clínicos têm para encontrar e avaliar evidências emergentes. As mídias sociais podem fornecer uma ponte entre os pesquisadores de saúde e os provedores de serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi determinar a eficácia das mídias sociais como um meio educacional para efetivamente traduzir evidências de pesquisas emergentes para a prática clínica.
10	Alto	Informação em Saúde	Information overload in healthcare: too much of a good thing?	Sobrecarga de informações na área da saúde: muito de uma coisa boa?	A produção em rápido crescimento da informação em saúde - tanto científica quanto popular - leva cada vez mais a uma situação de sobrecarga de informação que afeta todos os atores do sistema de saúde e ameaça impedir a adoção de práticas baseadas em evidências.
11	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	Human resource capacity for information management in selected public healthcare facilities in Meru County, Kenya	Capacidade de recursos humanos para gerenciamento de informações em instalações de saúde públicas selecionadas no condado de Meru, no Quênia.	Informações confiáveis sobre saúde são essenciais para a tomada de decisão no sistema de saúde. A gestão da informação no Quênia foi considerada a área mais fraca sob o pilar do Sistema de Informação de Saúde, principalmente devido à capacidade inadequada dos profissionais de saúde. O estudo teve como objetivo avaliar as habilidades dos profissionais de saúde e as necessidades atuais de treinamento para o gerenciamento de informações nas unidades de saúde selecionadas.
12	Alto	Prática Baseado em Evidências	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	Busca de informações e habilidades de recuperação de enfermeiros: prontidão das enfermeiras para a prática baseada em evidências em hospitais de uma universidade médica no Irã.	Com a explosão da informação médica, e surgimento da prática baseada em evidências (PBE) no sistema de saúde, busca, recuperação e seleção de informações para a tomada de decisões clínicas estão se tornando habilidades necessárias para enfermeiros. Os objetivos deste estudo foram examinar o uso de diferentes recursos de informação médica por enfermeiros e suas informações buscando e recuperando habilidades no contexto da PBE.
13	Alto	Informação em Saúde	Convergent evolution of health information management and health informatics: a perspective on the future of information professionals in health care	Evolução convergente da gestão da informação em saúde e informática em saúde: uma perspectiva sobre o futuro dos profissionais da informação em saúde.	Limites claramente definidos estão desaparecendo entre as atividades, fontes e usos de dados e informações de cuidados de saúde gerenciados por profissionais de gerenciamento de informações de saúde (IHM) e de informática em saúde (IH). As definições dos domínios profissionais e escopos da prática para HIM e HI estão convergindo com a proliferação de tecnologias de informação e comunicação nos contextos de saúde. A convergência está mudando os papéis que os profissionais da HIM e da HI desempenham em suas organizações, bem como as competências necessárias para a formação de futuros profissionais.
14	Alto	Gestão do Conhecimento	Creating, Synthesizing, and Sharing: The Management of Knowledge in Public Health	Criando, Sintetizando e Compartilhando: A Gestão do Conhecimento em Saúde Pública.	Compreender melhor a aplicabilidade da gestão do conhecimento (GC) na saúde pública (AB) como estratégia para melhorar o planejamento e a tomada de decisão.

15	Alto	Sistema de Informação	Information technology skills and training needs of health information management professionals in Nigeria: a nationwide study	Habilidades em tecnologia da informação e necessidades de treinamento de profissionais de gerenciamento de informações em saúde na Nigéria: um estudo nacional.	Há uma falta de sistemas eficazes de gerenciamento de informações de saúde na Nigéria, devido à prevalência de sistemas de gerenciamento de dados de saúde incômodos e baseados em papel. Isso pode dificultar a tomada de decisões informadas na área da saúde. Este estudo examinou as habilidades de tecnologia da informação (TI), utilização e necessidades de treinamento dos profissionais de gerenciamento de informações de saúde da Nigéria.
16	Alto	Prática Baseado em Evidências	Assessing the prognoses on Health care in the information society 2013--thirteen years after	Avaliação dos prognósticos em cuidados de saúde na sociedade da informação 2013 - treze anos depois.	Cuidados de saúde e tecnologia da informação nos cuidados de saúde estão avançando a uma velocidade tremenda. Analisamos se os prognósticos de Haux et al. - apresentado pela primeira vez em 2000 e publicado em 2002 - foram cumpridos em 2013 e que podem ser as razões para a correspondência ou incompatibilidade.
17	Alto	Prática Baseado em Evidências	Disseminating health evidence summaries to increase evidence use in health care	Divulgação de resumos de evidências de saúde para aumentar o uso de evidências na área da saúde.	Verificar se uma intervenção baseada em resumos de evidências de saúde por e-mail para profissionais de saúde aumenta o acesso a bases de dados de evidências de saúde, e se os profissionais de saúde pretendem aplicar as evidências recebidas por e-mail em sua prática clínica.
18	Alto	Informação em Saúde	What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	Quais são os fatores da cultura organizacional nos contextos de saúde que atuam como barreiras à implementação da prática baseada em evidências? Uma revisão de escopo.	A responsabilidade de implementar a prática baseada em evidências (PBE) em um local de trabalho de saúde não recai unicamente sobre o profissional de saúde individual. As barreiras organizacionais estão relacionadas ao local de trabalho, suporte administrativo, infraestrutura e instalações disponíveis para recuperação, crítica, somatório, utilização e integração de resultados de pesquisas em práticas e ambientes de atenção à saúde. OBJETIVO: Usando uma abordagem de revisão de escopo, as barreiras organizacionais para a implementação de EBP em ambientes de cuidados de saúde foram procuradas
19	Alto	Prática Baseado em Evidências	Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study	Barreiras, facilitadores e visões sobre os próximos passos para implementar apoios para a tomada de decisões baseadas em evidências nos sistemas de saúde: um estudo qualitativo.	A mobilização de evidências de pesquisa para tomada de decisão diária é um desafio para os tomadores de decisão do sistema de saúde. Em um artigo qualitativo anterior, mostramos a combinação atual de apoios que as organizações canadenses de assistência à saúde possuem e as que são percebidas como úteis para facilitar o uso de evidências de pesquisa na tomada de decisões do sistema de saúde. Fatores que influenciam a implementação de tais suportes permanecem pouco descritos na literatura. Identificar as barreiras e os facilitadores de diferentes intervenções é essencial para a implementação de apoios eficazes, específicos do contexto, para a tomada de decisões informadas com base em evidências (EIDM) nos sistemas de saúde. O objetivo deste estudo foi identificar (a) barreiras e facilitadores para a implementação de apoios para a EIDM em organizações de saúde canadenses, (b) pontos de vista sobre o desenvolvimento emergente de apoios para o EIDM, e (c) pontos de vista sobre as prioridades para colmatar as lacunas no atual conjunto de apoios que estas organizações têm implementado.

20	Alto	Prática Baseado em Evidências	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	A avaliação de planos estratégicos de um país em desenvolvimento para a solução de barreiras ao acesso a fontes de informação baseadas em evidências.	A maioria das sociedades em desenvolvimento tenta eliminar as barreiras dos médicos e estudantes de medicina ao uso de informações baseadas em evidências para garantir a entrega das melhores práticas. Assim, o setor de saúde do Irã realizou inúmeras intervenções educacionais e forneceu infraestrutura de tecnologia da informação por meio de planos estratégicos para fornecer aos médicos e estudantes de medicina a oportunidade de usar informações baseadas em pesquisa em sua decisão clínica a partir de 2005. O objetivo deste estudo é responder questão. As reformas de um país em desenvolvimento eliminaram os médicos e os assistentes médicos e as barreiras dos estudantes quanto ao uso de recursos de pesquisa e informações baseadas em evidências?
21	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	Online Information Seeking Behaviour by Nurses and Physicians: A Cross-Sectional Study	Comportamento de busca de informações on-line por enfermeiros e médicos : um estudo transversal.	Bases de dados bibliográficas on-line constituem o acesso a informações que apoiam a prática baseada em evidências. O objetivo da presente pesquisa é avaliar a conscientização, o uso e o impacto que as evidências on-line têm na prática clínica.
22	Alto	Uso da informação na tomada de decisões	Research Use of Nurses Working in the Critical Care Units: Barriers and Facilitators	Pesquisa de Uso de Enfermeiros que Trabalham nas Unidades de Cuidado Crítico: Barreiras e Facilitadores.	Existe uma lacuna distinta entre teoria e prática com relação ao uso da pesquisa na prática clínica, particularmente em unidades de terapia intensiva, que poderia estar relacionada à presença de uma série de barreiras que impedem o uso dos resultados da pesquisa. Os objetivos do estudo foram identificar barreiras e facilitadores para o uso da pesquisa como percebido pelos enfermeiros jordanianos em unidades de terapia intensiva e examinar os fatores preditivos do uso da pesquisa entre aqueles enfermeiros.
23	Alto	Prática Baseado em Evidências	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	Explorando a cultura de pesquisa de enfermeiros e profissionais de saúde aliados (AHPs) em uma organização de saúde focada em pesquisa e não focada em pesquisa no Reino Unido .	A preparação da força de trabalho de saúde pública para a prática de tomada de decisão baseada em evidências (EBDM) é necessária para impactar efetivamente os resultados de saúde. Poucos estudos relatam as necessidades de treinamento em EBDM em nível nacional nos Estados Unidos. Nós relatamos lacunas de competência para a prática de EBDM com base em quatro pesquisas nacionais dos EUA que realizamos com a força de trabalho de saúde pública estadual e local entre 2008 e 2013.
24	Moderado	Prática Baseado em Evidências	Development of evidence-based practice in occupational health services in Sweden: a 3-year follow-up of attitudes, barriers and facilitators	Desenvolvimento de práticas baseadas em evidências em serviços de saúde ocupacional na Suécia: um acompanhamento de três anos de atitudes, barreiras e facilitadores.	O governo sueco iniciou uma investigação sobre como garantir e desenvolver a competência dos serviços de saúde ocupacional. O objetivo principal do presente estudo foi investigar se o desenvolvimento da prática baseada em evidências (PBE) nos serviços de saúde ocupacional suecos em relação a atitudes, conhecimento e uso melhorou durante os primeiros 3 anos da iniciativa do governo.

25	Moderado	Prática Baseado em Evidências	The impact of a unique knowledge translation programme implemented in a large multisite paediatric hospital	O impacto de um programa de tradução de conhecimento exclusivo implementado em um grande hospital pediátrico multisite.	Fisioterapeutas (PTs) apresentam atitudes positivas em relação à prática baseada em evidências (PBE), e implementá-la pode melhorar os resultados dos pacientes e reduzir os custos. No entanto, as barreiras podem levar ao uso inconsistente da EBP. Os objetivos deste manuscrito são (i) descrever o início e revisões de um programa de tradução de conhecimentos (KT), (ii) avaliar a participação da equipe em KT e (iii) avaliar a disponibilidade, uso interno e disseminação externa de recomendações baseadas em evidências. e pesquisa.
26	Moderado	Prática Baseado em Evidências	Health Care Managers' Perspectives on the Sources of Evidence in Evidence-Based Hospital Management: A Qualitative Study in Iran	Perspectivas dos Gerentes de Saúde sobre as Fontes de Evidência na Gestão Hospitalar Baseada em Evidências: Um Estudo Qualitativo no Irã.	A gestão baseada em evidências (EBMgt) tem sido desenvolvida como uma estrutura de gestão para melhorar a qualidade das decisões de gestão. Para usar isso, precisamos identificar a fonte de evidência na tomada de decisão. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar as fontes de evidências no gerenciamento de hospitais.
27	Moderado	Informação em Saúde	Geography and health: the place as premise of the informational activity of Primary Care in the Brazilian Unified Health System	Geografia e saúde: o lugar como premissa da atividade informacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde	O presente artigo visa chamar a atenção para a necessidade de se considerar o lugar como uma variável importante da atividade de informação em saúde na Atenção Básica do Brasil. Enquanto processo normatizado e fundamentado no centralismo do Estado e numa metodologia restrita de se enxergar a saúde, a atividade informacional, como é concebida hoje, acaba por minar novas possibilidades de compreender os lugares do país de uma maneira emancipatória, autônoma e que dê voz às forças ascendentes que habitam o cotidiano.
28	Moderado	Prática Baseado em Evidências	Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium: results of a questionnaire survey	Comportamento informacional de fonoaudiólogos francófonos na Bélgica: resultados de um questionário.	Fonoaudiólogos (SLTs) são encorajados a implementar práticas baseadas em evidências (EBP). No entanto, o uso de PBE pelos profissionais pode ser questionado. O objetivo deste estudo foi explorar o comportamento da informação dos SLTs falantes de francês belgas e sua consciência sobre a PBE. Os dados coletados permitem determinar até que ponto eles adotaram essa abordagem.
29	Moderado	Prática Baseado em Evidências	What drives junior doctors to use clinical practice guidelines? A national cross-sectional survey of foundation doctors in England & Wales	O que leva os médicos juniores a usar as diretrizes de prática clínica? Uma pesquisa nacional transversal dos médicos da fundação na Inglaterra e no País de Gales.	As diretrizes de prática clínica (CPGs) visam melhorar o atendimento ao paciente, mas seu uso permanece variável. Exploramos atitudes que influenciam o uso de CPG entre médicos recém-formados.

30	Moderado	Uso da informação na tomada de decisões	Information seeking behavior and use of information resources among physicians in a Croatian Clinical Hospital	Comportamento de busca de informação e uso de recursos de informação entre médicos em um hospital clínico croata.	Os médicos enfrentam diariamente a difícil tarefa de tomar decisões clínicas. Para cumprir com sucesso esta tarefa, os médicos dependem da disponibilidade de informações médicas de alto valor.
31	Moderado	Informação em Saúde	Information technology acceptance in health information management	Aceitação de tecnologia da informação no gerenciamento de informações em saúde.	A aceitação do usuário da tecnologia da informação tem sido uma área significativa de pesquisa há mais de duas décadas no campo da tecnologia da informação. Este estudo avaliou a aceitação da tecnologia da informação no contexto do Gerenciamento de Informações em Saúde (HIM) utilizando o Modelo de Aceitação de Tecnologia (TAM) que foi modificado e aplicado para avaliar a aceitação da tecnologia de informação em saúde, bem como a viabilidade da TAM como um construto de pesquisa em o contexto dele.
32	Moderado	Prática Baseado em Evidências	Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study	Percepção de enfermeiros da atenção básica em saúde espanhola sobre a prática clínica baseada em evidências: um estudo qualitativo.	Embora a prática clínica baseada em evidências constitua uma prioridade para os serviços de saúde em muitos países nos últimos anos, há uma falta geral de implementação da prática clínica baseada em evidências nos cuidados de enfermagem, especialmente na atenção primária à saúde. Poucos estudos qualitativos sobre os fatores que influenciam a prática clínica baseada em evidências para enfermeiros comunitários foram realizados.
33	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Evidence or Clinicians or the Person: Who Should Be at the Center?	Evidências ou Clínicos ou a Pessoa: Quem Deve Estar no Centro?	Nesta coluna, a questão de quem deve orientar a tomada de decisão na área da saúde será considerada. Para esse fim, a prática baseada em evidências e os modelos de prática baseados em evidências serão discutidos. Os problemas com o uso de cada um desses modelos serão trazidos à luz, seguidos de uma apresentação de um modelo de cuidado proposto que coloca a pessoa no centro da tomada de decisão em saúde.
34	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Negotiating concepts of evidence-based practice in the provision of good service for nursing and allied health professionals	Negociação de conceitos de prática baseada em evidências na prestação de bons serviços para profissionais de enfermagem e profissionais de saúde	Os princípios da medicina baseada em evidências têm sido criticados pelas profissões de 'cuidado', como enfermagem e trabalho social, e a medicina baseada em evidências tem sido proposta como uma abordagem integrativa mais centrada no cliente para a prática. O objetivo deste estudo foi explorar como bibliotecários de ciências da saúde canadenses que atendem enfermeiros e profissionais de saúde aliados definem bons serviços e como eles negociam princípios baseados em evidências em suas estratégias de busca.

35	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Making Decisions Better: an evaluation of an educational intervention	Fazendo decisões melhores: uma avaliação de uma intervenção educativa.	Apesar da ampla inclusão das habilidades de consulta nos currículos de graduação em saúde, as interações médico-paciente são muitas vezes uma transmissão de evidências ou informações, em vez de uma troca. A prática baseada em evidências pode ser ainda mais aprimorada pelo aumento da compreensão explícita dos processos de tomada de decisão usados pelos profissionais de saúde e pelos pacientes. Esta investigação exploratória avaliou o impacto de uma intervenção educativa na compreensão dos processos de tomada de decisão e prática. O efeito do cronograma da sessão foi avaliado para informar a futura estratégia de entrega dessas abordagens.
36	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Beliefs and implementation of evidence-based practice among nurses and allied healthcare providers in the Valais hospital, Switzerland	Crenças e implementação de prática baseada em evidências entre enfermeiros e prestadores de serviços de saúde aliados no hospital de Valais, na Suíça.	A prática baseada em evidências (PBE) é mantida como um meio para os pacientes receberem os cuidados mais eficientes em um determinado contexto. Apesar das evidências disponíveis e das crenças positivas sobre o assunto, a implementação da PBE como prática diária padrão ainda enfrenta muitos obstáculos. Este estudo investigou as crenças sobre e implementação de PBE entre enfermeiros e prestadores de cuidados de saúde aliados (AHP) em 9 hospitais de cuidados agudos no cantão de Valais, na Suíça.
37	Baixo	Sistema de Informação	Clinical information systems for the management of tuberculosis in primary health care	Sistemas de informação clínica para o manejo da tuberculose na atenção primária à saúde	Analisar os sistemas de informação clínica utilizados no manejo da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.
38	Baixo	Gerenciamento de Informações Pessoais	Predictors affecting personal health information management skills	Preditores que afetam as habilidades de gerenciamento de informações de saúde pessoal.	Este estudo investigou os principais fatores que afetam as habilidades de gerenciamento de registros pessoais de saúde (PHRs) associados às atividades relacionadas ao gerenciamento de informações de saúde dos participantes da pesquisa.
39	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Using Mobile Technologies to Access Evidence-Based Resources: A Rural Health Clinic Experience	Usando Tecnologias Móveis para Acessar Recursos Baseados em Evidências: Uma Experiência de Clínica de Saúde Rural.	Este estudo descreve a viabilidade e usabilidade de um dispositivo móvel e selecionados programas de informação baseados em evidências eletrônicas utilizados para apoiar a tomada de decisão clínica em uma clínica de saúde rural. O estudo concentrou-se nas percepções dos enfermeiros sobre quando precisavam de mais informações, onde buscavam informações, o que os fazia sentir-se à vontade com as informações que encontravam e regras e diretrizes usadas para determinar se as informações deveriam ser usadas no atendimento ao paciente.

40	Baixo	Apoio Organizacional	Evaluation of Organizational Readiness in Clinical Settings for Social Supporting Evidence-Based Information Seeking Behavior after Introducing IT in a Developing Country	Avaliação da prontidão organizacional em contextos clínicos para apoio social à informação baseada em evidências buscando comportamento após a introdução da TI em um país em desenvolvimento.	O setor de saúde do Irã empenhou-se em incentivar médicos e estudantes de medicina a usar os resultados de pesquisas em sua prática. Mudanças notáveis ocorreram, incluindo: realização de cursos de informática, oficinas de biblioteca digital para médicos e estudantes e estabelecimento de websites em hospitais.
41	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Building cultures and environments that facilitate clinician behavior change to evidence-based practice: what works?	Construindo culturas e ambientes que facilitam o comportamento clínico mudam para a prática baseada em evidências: o que funciona?	-
42	Baixo	Atitude	Psychometric evaluation of a questionnaire and primary healthcare nurses' attitudes towards research and use of research findings	Avaliação psicométrica de um questionário e atitudes dos enfermeiros da atenção primária em relação à pesquisa e ao uso dos resultados da pesquisa.	Este artigo investiga as atitudes e conscientização sobre a pesquisa e uso de resultados de pesquisas entre enfermeiras da atenção básica, determinantes de atitudes e avaliação de propriedades psicométricas de um instrumento que mede as atitudes de enfermeiros
43	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing	Avaliação de fatores associados à implementação de práticas baseadas em evidências em enfermagem.	A prática baseada em evidências (PBE) surgiu como uma inovação para a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. Os enfermeiros têm um papel importante na implementação da PBE, mas enfrentam muitos desafios neste contexto. A avaliação dos fatores que influenciam a implementação da PBE parece necessária. Os objetivos deste estudo foram examinar a atitude dos enfermeiros em relação à PBE, suas necessidades de autoeficácia e treinamento, bem como apoiar fatores e barreiras para a implementação da PBE.
44	Baixo	Prática Baseado em Evidências	Not enough time or a low priority? Barriers to evidence-based practice for allied health clinicians	Não há tempo suficiente ou baixa prioridade? Barreiras à prática baseada em evidências para clínicos de saúde aliados.	A prática baseada em evidências (PBE) é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde eficazes e de alta qualidade. A pesquisa existente sugere que os profissionais de saúde aliados geralmente apoiam a PBE, mas raramente participam de atividades associadas à PBE.

45	Baixo	Informação em Saúde	The Impacts of Electronic Health Record Implementation on the Health Care Workforce	Os impactos da implementação do registro eletrônico de saúde na força de trabalho em saúde.	Organizações de saúde em vários níveis estão em transição para a nova era eletrônica, implementando e adotando sistemas eletrônicos de registro de saúde. Novas funções de trabalho serão necessárias para essa transição, e algumas funções de trabalho atuais ficarão inevitavelmente obsoletas devido à mudança. Além de treinar novos funcionários para preencher esses novos papéis, o foco também deve estar em equipar a força de trabalho de saúde atual com conhecimento e habilidades em tecnologia da informação em saúde e informática em saúde que apoiarão seu trabalho e melhorarão a qualidade do atendimento.
----	-------	---------------------	---	---	--

Fonte: Próprio Autor. Disponível em: <<http://bit.ly/2M5G8te>>. Acesso em: 4 de out. de 2019.

APÊNDICE H - Matriz de Resultados

ID	Grau de Importância	Título do Artigo (Original)	Barreiras encontradas para o uso da informação	Categorização
1	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	carga de trabalho pesada	alta carga de trabalho
2	Alto	What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	carga de trabalho	alta carga de trabalho
3	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	aumento da pressão clínica	alta carga de trabalho
4	Alto	Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	falta de apoio da gerência	falta de apoio no uso da informação
5	Alto	Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	falta de autonomia	falta de apoio no uso da informação
6	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	falta de manutenção para melhorar a utilização das ferramentas de TI	falta de apoio no uso da informação
7	Alto	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	falta de autoridade	falta de apoio no uso da informação
8	Alto	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	falta de incentivos	falta de apoio no uso da informação
9	Alto	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	necessidade de incentivos	falta de apoio no uso da informação
10	Alto	Creating, Synthesizing, and Sharing: The Management of Knowledge in Public Health	liderança abrangente	falta de apoio no uso da informação
11	Alto	Creating, Synthesizing, and Sharing: The Management of Knowledge in Public Health	falta de orientação	falta de apoio no uso da informação
12	Alto	What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	falta de autoridade para mudar práticas	falta de apoio no uso da informação
13	Alto	What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	gerência e a equipe sênior precisam liderar de frente	falta de apoio no uso da informação
14	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	suporte em nível de equipe	falta de apoio no uso da informação
15	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	falta de apoio dos gerentes no nível da equipe	falta de apoio no uso da informação
16	Alto	Perceptions about data-informed decisions: an assessment of information-use in high HIV-prevalence settings in South Africa	dificuldade em analisar, interpretar e usar os dados	falta de habilidade

17	Alto	Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	falta de habilidades necessárias para encontrar, processar e aplicar informações	falta de habilidade
18	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	baixo treinamento	falta de habilidade
19	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	baixos níveis de educação	falta de habilidade
20	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	conhecimento inadequado ou conhecimento técnico	falta de habilidade
21	Alto	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	dificuldade em identificar, avaliar e traduzir os resultados da pesquisa para mudar a prática clínica	falta de habilidade
22	Alto	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	habilidades em tecnologia da informação	falta de habilidade
23	Alto	Strategic Communication Intervention to Stimulate Interest in Research and Evidence-Based Practice: A 12-Year Follow-Up Study With Registered Nurses	superar a barreira do idioma	falta de habilidade
24	Alto	Human resource capacity for information management in selected public healthcare facilities in Meru County, Kenya	a capacidade de usar as informações para identificar lacunas e definir metas	falta de habilidade
25	Alto	Human resource capacity for information management in selected public healthcare facilities in Meru County, Kenya	capacidade de calcular tendências	falta de habilidade
26	Alto	Human resource capacity for information management in selected public healthcare facilities in Meru County, Kenya	capacidade de verificar a precisão dos dados	falta de habilidade
27	Alto	Human resource capacity for information management in selected public healthcare facilities in Meru County, Kenya	equipe que trabalha em tarefas de informação em saúde não tinha treinamento profissional sobre o mesmo	falta de habilidade
28	Alto	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	falta de conhecimento para entender e interpretar as descobertas da pesquisa	falta de habilidade
29	Alto	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	habilidades para recuperar e pesquisar evidências não são adequadas	falta de habilidade
30	Alto	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	difícil acesso a periódicos	falta de habilidade

31	Alto	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	falta de familiaridade com o idioma inglês	falta de habilidade
32	Alto	Information technology skills and training needs of health information management professionals in Nigeria: a nationwide study	não possuía habilidade em análise estatística	falta de habilidade
33	Alto	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	não tinham habilidade para usar a biblioteca	falta de habilidade
34	Alto	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	treinamento em habilidades de busca de informações	falta de habilidade
35	Alto	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	difícil acessar os artigos científicos	falta de habilidade
36	Alto	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	dificuldade de entender os estudos científicos como um dos fatores inibidores no uso de fontes de informação baseadas em evidências	falta de habilidade
37	Alto	Online Information Seeking Behaviour by Nurses and Physicians: A Cross-Sectional Study	falta de treinamento em recuperação de informações	falta de habilidade
38	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	falta de conhecimento	falta de habilidade
39	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	falta de habilidades e conhecimentos em nível individual	falta de habilidade
40	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	acessibilidade limitada	falta de recursos
41	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	infraestrutura inadequada de dados	falta de recursos
42	Alto	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	recursos escassos	falta de recursos
43	Alto	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	necessidade de garantir que os sistemas de software e as estruturas de codificação atendam às necessidades de atenção primária	falta de recursos
44	Alto	Creating, Synthesizing, and Sharing: The Management of Knowledge in Public Health	restrições de recursos	falta de recursos
45	Alto	What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	falta de recursos	falta de recursos

46	Alto	Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study	recursos limitados	falta de recursos
47	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	recursos e financiamento disponíveis no nível individual	falta de recursos
48	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	instalações em nível organizacional	falta de recursos
49	Alto	Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	falta de tempo	falta de tempo
50	Alto	Facilitators and barriers to evidence-based practice: perceptions of nurse educators, clinical coaches and nurse specialists from a descriptive study	obstáculos significativos como tempo insuficiente	falta de tempo
51	Alto	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	falta de tempo	falta de tempo
52	Alto	Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study	restrições de tempo	falta de tempo
53	Alto	Online Information Seeking Behaviour by Nurses and Physicians: A Cross-Sectional Study	não dispõem de tempo suficiente para utilizá-los	falta de tempo
54	Alto	Research Use of Nurses Working in the Critical Care Units: Barriers and Facilitators	tempo insuficiente para implementar novas ideias nos ambientes clínicos	falta de tempo
55	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	falta de tempo	falta de tempo
56	Alto	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	rotatividade consistente da equipe na manutenção da qualidade dos dados	falta de trabalho em equipe
57	Alto	Disaggregated data to improve child health outcomes	pouco trabalho em equipe	falta de trabalho em equipe
58	Alto	Strategic Communication Intervention to Stimulate Interest in Research and Evidence-Based Practice: A 12-Year Follow-Up Study With Registered Nurses	modelos lineares de receptores de mensagens	falta de uma comunicação estratégica
59	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	falta de comunicação e colaboração em três níveis	falta de uma comunicação estratégica
60	Alto	Perceptions about data-informed decisions: an assessment of information-use in high HIV-prevalence settings in South Africa	falta de uma cultura de uso da informação	falta de uma cultura de uso da informação
61	Alto	Perceptions about data-informed decisions: an assessment of information-use in high HIV-prevalence settings in South Africa	falta de confiança nos dados	falta de uma cultura de uso da informação
62	Alto	Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives	falta de cultura da informação	falta de uma cultura de uso da informação

63	Alto	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	complexidade de manter dados precisos	falta de uma cultura de uso da informação
64	Alto	Strategic Communication Intervention to Stimulate Interest in Research and Evidence-Based Practice: A 12-Year Follow-Up Study With Registered Nurses	a cultura da organização pode ser um obstáculo ao interesse em aplicar o conhecimento adquirido por meio de P&D	falta de uma cultura de uso da informação
65	Alto	Strategic Communication Intervention to Stimulate Interest in Research and Evidence-Based Practice: A 12-Year Follow-Up Study With Registered Nurses	perdem o interesse em pesquisas após alguns anos na prática clínica	falta de uma cultura de uso da informação
66	Alto	Information overload in healthcare: too much of a good thing?	sobrecarga de informações	falta de uma cultura de uso da informação
67	Alto	What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review	cultura no local de trabalho resistente à mudança	falta de uma cultura de uso da informação
68	Alto	Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study	atitude negativa em relação à mudança	falta de uma cultura de uso da informação
69	Alto	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	não havia crença na EBM no atendimento ao paciente	falta de uma cultura de uso da informação
70	Alto	The assessment of strategic plans of a developing country for solving barriers to access evidence-based information sources	não usavam fontes de informação baseadas em evidências devido à disponibilidade de colegas no cenário clínico	falta de uma cultura de uso da informação
71	Alto	Research Use of Nurses Working in the Critical Care Units: Barriers and Facilitators	falta de diretrizes para a implicação clínica	falta de uma cultura de uso da informação
72	Alto	Exploring the research culture of nurses and allied health professionals (AHPs) in a research-focused and a non-research-focused healthcare organisation in the UK	falta de carreira	falta de uma cultura de uso da informação
73	Alto	Perception of Belgian nurses about evidence-based clinical practice implementation: a focus group study	falta de reconhecimento da profissão de enfermagem	outras barreiras organizacionais
74	Alto	Perceptions of primary care staff on a regional data quality intervention in Australian general practice: a qualitative study	preferência por inserir dados usando texto livre em vez de selecionar as opções pré-codificadas	outras barreiras organizacionais
75	Alto	Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran	outras barreiras organizacionais	outras barreiras organizacionais
76	Alto	Online Information Seeking Behaviour by Nurses and Physicians: A Cross-Sectional Study	preferem outra fonte de informação	outras barreiras organizacionais