

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM
ENFERMAGEM

QUELI CRISTINA DE OLIVEIRA

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE DO PROCESSO DE PRODUÇÃO
DE DADOS E INFORMAÇÕES EM EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUIABÁ/MT.**

**CUIABÁ
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

QUELI CRISTINA DE OLIVEIRA

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA: ANÁLISE DO PROCESSO DE PRODUÇÃO
DE DADOS E INFORMAÇÕES EM EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUIABÁ/MT.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFMT, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem – **Área de concentração:** Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aurea Christina de Paula Corrêa

CUIABÁ
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

O48s Oliveira, Queli Cristina de.

Sistema de informação da atenção básica: Análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT. / Queli Cristina de Oliveira, 2010.

140f. il. ; 30 cm. -- (inclui tabelas).

Orientadora: Áurea Christina de Paula Corrêa.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

1. Programa saúde da família. 2. Atenção básica. 3. Gerenciamento de informação. I. Título.

CDU 614.39

Catalogação na fonte: Maurício Silva de Oliveira – Bibliotecário – CRB/1 - 1860

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada fonte.

FICHA DE APROVAÇÃO
QUELI CRISTINA DE OLIVEIRA

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DO
PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES EM
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUIABÁ/MT.**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo **aprovada** na sua versão final em 30/03/2010, segundo às normas da legislação vigente na UFMT e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dr^a Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Aurea Christina de Paula Corrêa
Presidente (Orientadora)

Dr^a Ana Luiza Vilela Borges
Membro Efetivo

Dr^a Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Membro Efetivo

Dr^a Noemi Dreyer Galvão
Membro Suplente

Cuiabá
2010

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por iluminar e guiar os meus caminhos.

À minha mãe, pelo seu amor, carinho, educação e incentivo que recebi em toda a minha vida.

“Minha mãe me deu um amuleto quando era pequeno para que me desse segurança. Serviu até que percebi que a segurança que eu sentia emanava dela”. (Alexander Crane)

Ao meu amado Fábio, pela sua paciência, compreensão durante a minha ausência, nos momentos difíceis me dando apoio e incentivo para a continuação dessa trajetória tão importante em minha vida.

Ao meu querido irmão Ícaro pelo seu carinho e ajuda nos momentos que precisei.

A querida Jéssica pela disposição em me ajudar mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigada minha querida prima-irmã!

A minha querida orientadora e amiga Prof^ª Dr^ª Aurea Christina P. Corrêa, pela sua paciência, incentivo e compreensão.

A Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida M. Gaíva, pela sua grande contribuição neste trabalho, dedicação e carinho.

A Prof^ª Dr^ª Ana Luiza V. Borges, por disponibilizar de seu tempo, carinho e atenção.

A amiga Prof^ª Dr^ª Noemi D. Galvão, por sempre estar disposta a me ajudar e pela contribuição no presente estudo.

Aos demais professores e secretaria do programa, pelo incentivo e importante contribuição para a manutenção deste programa de Pós-Graduação.

A todos os profissionais da Saúde da Família que participaram deste estudo.

Ao Governo do Estado de Mato Grosso pela minha liberação para esta qualificação profissional

RESUMO

OLIVEIRA, Queli Cristina. Sistema de Informação da Atenção Básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT. 2010. 163 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2010. Orientadora: Áurea Christina de Paula Corrêa

Os Sistemas de Informação em Saúde, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde, com vistas ao planejamento de intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. Este estudo tem como objetivo analisar o processo de produção de dados e informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por duas equipes de saúde da família no município de Cuiabá-MT. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, sendo tomado como referência para análise dos dados a Política Nacional de Produção de Informações, a Política Nacional de Atenção Básica, e o Trabalho em Equipe. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. A análise dos discursos dos profissionais participantes deste estudo e das observações realizadas durante a coleta dos dados resultaram em três categorias empíricas: o despreparo das Equipes de Saúde da Família para utilização do SIAB; a organização do serviço das ESF na relação a produção de dados para o SIAB e limitações e potencialidades do uso do SIAB pelas ESF. Este estudo evidenciou a capacitação insuficiente das equipes devido, a deficiência do curso introdutório, no tocante a discussões sobre SIAB. Foi constatado que algumas fichas do SIAB, são de abordagem clínica, de difícil compreensão para os Agentes Comunitários de Saúde, com formação educacional deficitária, o que potencializa essa dificuldade. Outro aspecto abordado é que, a organização do serviço nas ESF estudadas interfere na produção e análise dos dados para o SIAB. Um fator positivo a ser considerado é a participação pontual do Conselho Gestor nas reuniões para discussão das informações de Saúde e Planejamento das ações. Com relação às limitações do SIAB, os resultados apontaram a infraestrutura inadequada das unidades e às limitações das fichas e do sistema. Quanto às limitações das fichas, os dados levantados evidenciaram que as mesmas apresentam aspectos limitantes como a falta de espaços para preenchimento, divisão de faixa etária inadequada de óbitos por violência, número limitado de doenças ou condições referidas codificadas na Ficha A. Em relação às limitações do sistema existe a impossibilidade de abertura do disquete após salvamento e as divergências de dados do SIAB secundário com o principal. Acredita-se que, embora o SIAB apresente limitações que precisam ser revistas, as equipes relataram a importância que o mesmo tem para a realização de suas atividades, pois é um sistema que permite a visualização do perfil epidemiológico e sanitário da área de abrangência, oferecendo um diagnóstico situacional de saúde da população e mesmo diante das fragilidades, reconheceram os ganhos do sistema para a equipe.

Palavras-chave: atenção básica, programa saúde da família, gerenciamento de informação.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Queli Cristina. Information System of Primary Care: an analysis of the production process data and information on family health teams in Cuiabá / MT. 2010. 163 p. Dissertation (Masters in Nursing) College of Nursing of the Federal University of Mato Grosso, Cuiabá, 2010. Orientation: Áurea Christina de Paula Corrêa

The Health Information Systems, whether assistenciais or epidemiological, have been mentioned as important tools for diagnosis of health situations, with the planning of interventions over the frame approximate of the population needs. This study aims to analyze the production process data and information from the Information System (SIAB) by two teams of family health in the city of Cuiabá-MT. This is a qualitative study, being taken as a reference for analysis of the data the National Production of Information, the National Policy for Primary Care, and Teamwork. Data collection was conducted through semi-structured interviews and observation participant. The discourse analysis of the professionals participating in this study and the observations made during data collection resulted in three empirical categories: the unpreparedness of the Family Health Teams for use SIAB, the service organization of the ESF in relation to production data for the SIAB and limitations and potential application of the SIAB by ESF. The study showed the insufficient training of the teams due, to deficiency of the introductory course, with regard to discussions of SIAB. It was found that some chips the SIAB, are of clinical approach, difficult to understand for the Community Health Agents, with formation educational deficient, which enhances this difficulty. Another aspect discussed is that the service organization in the ESF study interferes with the production and analysis of data for the SIAB. A positive factor to be considered is the participation of the Management Council meetings to discuss the Health Information and Action planning. With regard to the limitations of SIAB, the results pointed to inadequate infrastructure units and limitations of the plug and the system. At the limitations of the plug, the data obtained showed that they have limiting aspects like the lack of spaces to fill, division of age inappropriate by violent deaths, limited number of diseases or conditions referred to in coded sheet A. Regarding the limitations of the system there is unable to open the floppy disk after saving and differences of the SIAB secondary data with the principal. It is believed that although the SIAB present limitations that need to be reviewed, the teams reported the importance that it has to carry out its activities as it is a system that allows viewing of the epidemiological profile and health of the area covered, offering a situation analysis of population health and even in the face of the weaknesses, acknowledged the gains of the system to the team.

Key- words: primary care, family health program, information management.

RESUMEN

OLIVEIRA, Queli Cristina. Sistema de Información de Atención Primaria: un análisis de los datos del proceso de producción e información sobre los equipos de salud de la familia en Cuiabá / MT. 2010. 163 p. Disertación (Maestría em enfermmería) – Facultad de enfermmería de la Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2010. Orientador: Áurea Christina de Paula Corrêa

Los Sistemas de Información en Salud, atención o epidemiológicos, se han mencionado como una importante herramienta para el diagnóstico de situaciones de salud, con la planificación de intervenciones en el marco aproximado de la población necesita. Este estudio tiene como objetivo analizar el proceso de producción de datos y la información del Sistema de Información (SIAB) por dos equipos de salud de la familia en la ciudad de Cuiabá-MT. Se realizó un estudio cualitativo, se toma como referencia para el análisis de los datos a Política Nacional de Producción de Información, la Política Nacional de Atención Primaria, y trabajo en equipo. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas y observación participante. El análisis de los profesionales que participan en este estudio y de las observaciones hechas durante la recogida de datos resultó en tres categorías empíricas: la falta de preparación de los equipos de Salud de la Familia para el uso del SIAB, la organización de servicio del ESF en relación con los datos de producción para el SIAB y limitaciones y la eventual aplicación del SIAB por ESF. El estudio demostró la insuficiente capacitación de los equipos debido a la deficiencia del curso de introducción, con respecto a los debates del SIAB. Se encontró que algunas información de SIAB, de enfoque clínico, son difíciles de entender para los Agentes Comunitarios de Salud, con el déficit educativo, lo que aumenta esta dificultad. Otro aspecto tratado es que la empresa de servicio en el estudio al ESF interfiere con la producción y análisis de datos para el SIAB. Un factor positivo a considerar es la participación del Consejo de Gestión de reuniones para discutir la Información en Salud y Planificación de la acción. En cuanto a las limitaciones del SIAB, los resultados apuntaron a las unidades de una infraestructura inadecuada y limitaciones de los fichas y el sistema. Las limitaciones de los fichas, los datos obtenidos han demostrado que tienen limitar aspectos como la falta de espacios para llenar, división de edad inadecuadas por muertes violentas, el número limitado de enfermedades o condiciones contempladas en la ficha A. En cuanto a las limitaciones del sistema, no se puede abrir el disco tras el guardar, y las diferencias de los datos con SIAB principales e secundaria. Se cree que a pesar de las limitaciones presentes en SIAB que necesitan ser revisados, equipos reportaron la importancia que tiene para llevar a cabo sus actividades, ya que es un sistema que permite la visualización del perfil epidemiológico y la salud de el área cubierta, proporcionar un análisis de la situación de salud de la población e incluso en la cara de las debilidades, reconoció los logros del sistema para el equipo.

Palabras llaves: atención primaria, el programa de salud familiar, gestión de la información

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CABS	Coordenadoria de Atenção Básica
DAB	Departamento de Atenção Básica
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAPEMAT	Fundação de Amparo e Apoio a Pesquisa de Mato Grosso
HIPERDIA	Sistema de Acompanhamento de hipertensão e diabetes
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PMA2	Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria do Estado da Saúde
SF	Saúde da Família
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatorial do SUS
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalar do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISPRÉNATAL	Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
SSA2	Relatório da Situação Saúde e Acompanhamento das famílias
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica do fluxo de dados por ESF em municípios Credenciados na Gestão Plena -----	p 42
Figura 2. Representação gráfica do fluxo de dados coletados por ESF em municípios que ainda não aderiram ao Pacto de Gestão -----	p 42
Figura 3. Fluxograma do envio de dados do SIAB no município de Cuiabá-----	p 43
Figura 4. Série histórica da implantação das ESF e cobertura populacional correspondente, Cuiabá, MT -----	p 48
Quadro 1. Distribuição de Unidades Básicas de Saúde nas regionais de saúde, Cuiabá, 2009 -----	p 48
Quadro 2. Comparativo entre os dados registrados nos cadernos dos ACS e os dados existentes nas fichas B do SIAB -----	p 76
Figura 5. Fluxograma de alimentação do SIAB -----	p 79
Figura 6. Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone cadastro -	p 80
Figura 7. Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone consulta -	p 80
Figura 8. Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone relatórios	p 81
Figura 9. Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone Série Histórica das Informações -----	p 81
Quadro 3. Comparativo entre os dados da ficha B com os dados da ficha SSA2 -----	p 82
Quadro 4. Limitações das fichas do SIAB elencadas pelas ESF -----	p 108
Quadro 5. Demonstrativo das informações comuns do SIAB a diferentes SIS- SISPRENATAL, SISVAN e HIPERDIA -----	p 114
Figura 10. Representação gráfica da proposta de integração das informações do SIAB com os SIS -----	p 116

SUMÁRIO

RESUMO

RESUMÉM

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1 Atenção Primária e Atenção Básica: Algumas considerações	19
2.2 O Programa Saúde da Família	21
2.3 Contextualizando os Sistemas de Informação em Saúde	25
2.4 Sistema de Informação da Atenção Básica	35
2.4.1 O trabalho em equipe no processo de produção de dados para o SIAB-	37
2.4.2 Sistema de Informação da Atenção Básica em Cuiabá-----	41
3. OBJETIVOS	
3.1 Geral	45
3.2 Específicos	45
4. PERCURSO METODOLÓGICO	
4.1 Tipo de estudo	46
4.2 Local de estudo	47
4.3 Sujeitos do estudo	51
4.4 Coleta de dados	52
4.5 Organização e análise dos dados	56

4.6 Aspectos éticos da pesquisa -----	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 O despreparo das ESF para utilização do SIAB -----	59
5.1.1 Desconhecimento da importância do SIAB enquanto ferramenta de trabalho da ESF -----	59
5.1.2 Formação e capacitação insuficiente para utilização do SIAB -----	61
5.2 Organização do serviço das ESF para a produção de dados para o SIAB -----	72
5.2.1 Falta de recurso material para a realização da coleta de dados na ESF1	73
5.2.2 Acesso a informações através de prontuário na ESF2 -----	84
5.2.3 Atualização de dados disponíveis no SIAB -----	88
5.2.4 Os dados levantados para o SIAB não são discutidos coletivamente pelas ESF -----	90
5.2.5 Participação do Conselho Gestor nas discussões das informações -----	94
5.2.6 Utilização das informações do SIAB pelas ESF -----	96
5.2.7 Retroalimentação deficitárias do SIAB -----	100
5.3 Limitações e potencialidades do uso do SIAB pelas equipes -----	103
5.3.1 Infraestrutura inadequada dificulta o trabalho de produção de dados e informações das ESF -----	103
5.3.2 Limitações das fichas dificultam o seu preenchimento -----	106
5.3.3 Limitações do sistema geram duplicidades e divergência de dados ---	109
5.3.4 Potencialidades para utilização do SIAB -----	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	118
7. REFERÊNCIAS -----	122
ANEXOS -----	141
APÊNDICES -----	156

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988) passaram a ser desenvolvidos mecanismos de gestão dos serviços de saúde que visam à organização do que, anteriormente, poderia ser considerado um conjunto desarticulado de ações e serviços em saúde, transformando-os num sistema com direção única, em cada esfera de governo, passando os Municípios a se responsabilizarem pela descentralização da gestão através do estabelecimento de cooperação técnica e financeira entre Estados e União na busca pela organização do sistema nacional de saúde (FERLA *et al*, 2002).

A lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) nº 8.080/90 (Brasil, 1990) em seus princípios e diretrizes aborda a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase à descentralização dos serviços para os municípios, bem como, sua regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, além de definir atribuições comuns entre a união, estados e municípios, o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; e a sua organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

Com vistas ao exercício de tais atribuições, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)¹ assumiram papel fundamental para a efetivação de tomadas de decisões no que diz respeito às ações em saúde entre os níveis municipal, estadual e federal.

Sendo assim, pode-se considerar que estudos acerca de informações em saúde têm importantes contribuições a oferecerem ao sistema de saúde, principalmente no que se refere ao planejamento, a formulação, ao

¹ Segundo Ferreira (2001 a), SIS é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões nos Sistemas de Saúde, cujo propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde.

acompanhamento, a avaliação e à regulação do sistema de saúde (FERLA *et al*, 2002).

Segundo esse autor, uma enorme quantidade de dados² e informações³ são produzidas cotidianamente no país para os mais diversos fins. Dentre esses dados e informações, grande parte tem potencial para contribuir significativamente para a qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde.

Entretanto, para Moraes e Santos (2001) os SIS em funcionamento no Brasil são centralizados, verticalizados e fragmentados. Tais características relacionam-se ao fato de que os dados obedecem ao seguinte fluxo: municípios-estados-federação, ou seja, os dados sempre seguem na direção do nível local, onde são produzidos, sendo posteriormente encaminhados para o nível central - Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.

Para Laprega e Silva (2005) outras características significativas dos SIS no Brasil são: a exclusão do nível local (municípios) no processo de decisão e planejamento em saúde; ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos; ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, o que não permite a construção do perfil de saúde da população; incompatibilidade entre os diversos sistemas de informação utilizados; deficiência de infra-estrutura de informática nos municípios, dificultando e até mesmo inviabilizando a coleta e o processamento adequado dos dados.

Grande parte dos SIS do Ministério da Saúde (MS) foi concebida antes da implantação do SUS, portanto não incorporam os princípios do novo sistema emergente, a exemplo disto, a descentralização de informações. Apesar das inúmeras críticas aos SIS, a consolidação do SUS tem requerido a qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde, a fim de assegurar a avaliação permanente da situação de

² Segundo Ferreira (2001a), compreende-se dados como base para gerar informações, são como matéria prima que é trabalhada para produzir informações que traduzam um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação.

³ Para Ferreira (2001a), informação é o produto obtido a partir de determinada combinação e interpretação de dados.

saúde da população e dos resultados das ações executadas, o que é fundamental para o acompanhamento, controle e repasse de recursos (BRASIL, 1995).

Com o intuito de minimizar essa problemática, em 1996, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi elaborada, discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, paritário e representativo da sociedade brasileira, uma programação que incluiu quatro Mesas Redondas Oficiais, dentre elas, uma cujo tema abordado foi a Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, que recuperou as formulações prévias sugeridas em fóruns sobre informação em saúde e definiu diretrizes para a elaboração de uma política nacional de produção e disseminação de informações, apontando a necessidade da cooperação das três esferas de Governo (Federal, Estadual e Municipal) em função da descentralização da gestão de informação (FERLA *et al*, 2002).

Em 2000, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, novamente foram abordados temas como a comunicação, a educação e a informação enquanto componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade, a humanização dos serviços de saúde e o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS (BRASIL, 2004a).

Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou a favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, para os níveis Federal, Estadual e Municipal, dando continuidade às deliberações das Conferências anteriores, apontando a necessidade da criação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, o que veio a ocorrer em março de 2004. Tal política ressalta que, os gestores das três esferas de governo, em articulação com seus gestores da área de Informação e Informática em Saúde devem congrega e coordenar os esforços institucionais, no sentido de colocar a Informação e a Informática em Saúde a serviço do SUS (BRASIL, 2004a).

Tal proposta coloca os municípios em situação de relevância, uma vez que, deixam a condição de meros coletores de dados, emergindo como

produtores e disseminadores de informações com potencial para contribuírem nas tomadas de decisões, bem como, para o fortalecimento das ações de saúde.

Os princípios e diretrizes do SUS preconizam a reordenação da atenção à saúde através do fortalecimento das ações em saúde. Neste sentido, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que passou a ser implantado em todo o país como modelo para a reordenação da atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

A proposta da saúde da família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: a universalização, descentralização, integralidade das ações e participação da comunidade. Está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com equipe multiprofissional, que passa a ser responsável pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2005).

Além dessas ações já elencadas, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aponta atribuições comuns às Equipes de Saúde da Família (ESF) como: participação no processo de territorialização; cuidado em saúde da população adstrita; integralidade da atenção através da promoção à saúde, prevenção de agravos e ações curativas; atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe através da utilização de dados disponíveis e a garantia da qualidade de registros nos sistemas nacionais de informação utilizados na Atenção Básica (BRASIL, 2007b).

O PSF tem gerado grande quantidade de dados em função da expansão do número de ESF e, conseqüentemente, do número de famílias acompanhadas. Tais dados devem alimentar os SIS da Atenção Básica, dentre os quais se destaca o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que tem a função de condensar os dados que, anteriormente ao SIAB, eram coletados e arquivados manualmente, e por tal razão mostravam-se insuficientes para sua utilização, dificultando sua tradução em informações (BRASIL, 2000a).

A utilização de programas de sistematização de dados na própria USF, a exemplo o SIAB, foi uma estratégia proposta com vistas à produção de informações de qualidade de forma a contribuir efetivamente com o processo de planejamento e avaliação em saúde.

Além do SIAB, outros SIS estão implantados no Brasil e os dados são levantados no cotidiano das USF através da utilização de fichas e relatórios das ESF tais como: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA); Sistema de Informação em Saúde no Pré-Natal e Nascimento (SIS-PRÉNATAL); o Programa Nacional de Imunização (PNI); o Sistema Nacional de Notificação de Agravos de Doenças de Notificação (SINAN); Ações estratégicas como a Política Nacional de atenção a saúde da mulher e da criança; Programas de combate a Tuberculose, Diabetes, Hipertensão e Hanseníase.

O SIAB foi criado com vistas a retratar, através de dados e informações, a realidade local, possibilitando a avaliação do perfil da população adscrita e dos serviços de saúde, por ser um sistema que trabalha com dados complementares com possibilidade de integração com outros SIS.

Com exceção do SIAB, cuja base de dados pode ser encontrada nas próprias USF, os demais SIS têm suas bases de dados disponíveis apenas nos níveis Municipal, Estadual e Federal, apesar dos dados serem coletados e processados em fichas e relatórios preenchidos pelas ESF e encaminhados para os demais níveis de gestão.

Sendo assim, de modo geral, o que se observa é que as informações continuam centralizadas nos níveis Municipal, Estadual e Federal e, a análise dos dados não é submetida a um processo de sistematização e de discussão nos diferentes níveis do sistema, com o objetivo de subsidiar as ações a serem desenvolvidas, ou seja, via de regra, discussões/reflexões acerca das informações não são feitas junto aos produtores destas informações, especificamente, junto às ESF.

A criação do SIAB teve como objetivo, garantir às unidades de saúde o acompanhamento e monitoramento das ações do PSF, constituindo-se no principal SIS da Atenção Básica, por abranger grande número de dados/informações registrados pelas ESF. Em função de sua importância optamos por realizar o presente estudo tendo como foco esse sistema de informação, considerado ferramenta básica para o trabalho com Saúde da Família.

Estudo realizado por Laprega e Silva (2005), cujo objetivo foi realizar uma avaliação crítica do SIAB e sua implantação na região de Ribeirão Preto/SP, identificou o uso de outros SIS, pelas equipes de saúde da família do Município, sendo que todos eles eram empregados com a mesma finalidade do SIAB. Tal constatação levou os autores a considerarem que, os diversos SIS utilizados elevam a demanda de serviços através do aumento do número de relatórios a serem preenchidos, possibilitando a duplicidade de dados registrados nos vários sistemas de informação. Este estudo também demonstrou que, nas ESF que participaram do estudo não havia repasse ou discussão com a comunidade acerca dos dados gerados pelo sistema, inexistindo a participação popular no planejamento e na tomada de decisões.

Estudo semelhante realizado por Pinto e Freitas (2005) ao analisar a percepção de uma equipe de saúde da família sobre a utilização SIAB no Município de Franca/SP identificaram que, é esporádica a utilização e o envolvimento da equipe com o SIAB, em função das dificuldades das equipes em trabalharem com análise, monitoramento e avaliação de dados para a realização da programação local. No que diz respeito aos agentes comunitários de saúde (ACS), a alta rotatividade destes trabalhadores nas ESF potencializa o preenchimento inadequado dos formulários devido à dificuldade de compreensão das fichas, ocasionando a produção de dados/informações de baixa qualidade. Desta forma, os autores concluíram que, a alimentação inadequada dos SIS leva a inserção de dados não compatíveis com a realidade local, prejudicando os processos de planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde.

Assim, pode-se considerar que os problemas relacionados ao SIAB, geralmente, refletem falhas ocorridas na concepção e na geração de dados nas diversas localidades e entre as distintas instâncias em que esses dados são gerados. Entretanto, poucos trabalhos se detêm ao estudo das fontes primárias de informação como forma de avaliação da qualidade dos dados produzidos para inserção no SIAB (LAPREGA e SILVA 2005; PINTO e FREITAS, 2005; RODRIGUES, RODRIGUES e WONG 2006).

Em pesquisa realizada pelo Departamento de Atenção Básica do MS em 2004, sobre a Avaliação Normativa do PSF no Brasil, em discussão acerca do processo de trabalho das equipes, evidenciou-se que apenas 49,6% das equipes de PSF utilizavam o SIAB para a programação das ações, ou seja, metade das USF não fazia uso do SIAB como instrumento de diagnóstico, planejamento e avaliação (BRASIL, 2004a).

Com base nas pesquisas que tiveram o SIAB como objeto de estudo foi possível constatar que, a problemática central relativa a este SIS está centrada na má qualidade dos registros para geração de dados e na falta de utilização de seus dados/informações pelas ESF no processo de planejamento, programação e avaliação do serviço (LAPREGA e SILVA 2005; PINTO e FREITAS, 2005; RODRIGUES, RODRIGUES e WONG 2006).

Frente ao exposto, propomos neste estudo analisar a produção de dados e informações do SIAB realizada por duas ESF no Município de Cuiabá-MT, tomando como objeto de estudo o seu processo de produção de dados e informações.

Tal proposta vem ao encontro da afirmação de Kadet e Tasca (1993) ao asseverarem que um sistema de informação em saúde contempla às necessidades de quem o usa uma vez que, a informação é poder apenas na medida em que é potencialmente sustentadora da ação.

Com base no exposto emergiram os seguintes questionamentos:

- 1) Que fatores interferem no processo de produção de dados e informações para o SIAB por ESF no Município de Cuiabá, MT?

- 2) Como são utilizados os dados/informações produzidos no SIAB por ESF no Município de Cuiabá, MT?
- 3) Quais as potencialidades e limitações relacionadas à produção de dados/informações para o SIAB por ESF no Município de Cuiabá, MT?

A literatura científica levantada acerca dos sistemas de informação em saúde brasileiros (MORAES e SANTOS, 2001; FERLA *et al*, 2002; LAPREGA e SILVA 2005; PINTO e FREITAS, 2005; RODRIGUES, RODRIGUES e WONG 2006; BARBOSA, 2006) nos permite pressupor que:

- A forma como é realizado o processo de produção de dados para o SIAB interfere na qualidade das informações geradas por esse sistema;
- As informações produzidas pelo SIAB, via de regra, não são utilizadas no processo de planejamento, programação e avaliação pelas equipes de Saúde da Família.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária e Atenção Básica: algumas considerações

Várias são as interpretações atribuídas ao conceito de atenção primária, que se explicam pela trajetória histórica e em função da ambiguidade das definições estabelecidas em fóruns internacionais. As interpretações variam de: Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados, especificamente, à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (MENDES, 1996).

Segundo Gill (2006), alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência. Outros estudiosos situam a atenção primária à saúde enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção, considerando sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo nas unidades básicas sua instância operacional com nível próprio de atendimento.

Starfield (2002) se refere à Atenção Primária como um nível de um sistema de saúde que oferece acolhimento das necessidades e problemas dos indivíduos, compartilhando características com outros níveis dos sistemas de saúde como: a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; prevenção, tratamento e reabilitação e trabalho em equipe. Para esta autora, é a atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto os básicos como os especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Em artigo científico que aborda a avaliação na Atenção Básica à Saúde no Brasil, Almeida e Giovanella (2008) afirmam que, a Atenção Básica é uma denominação que corresponde ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde e que vem sofrendo inovações importantes desde os anos

de 1990, principalmente a partir da expansão de cobertura com a Estratégia Saúde da Família.

Anteriormente a criação do SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços de saúde numa lógica que visava à mudança do modelo assistencial. A criação do Sistema Único de Saúde, com base na lei nº 8.080/90, reconheceu como sua competência a descentralização dos serviços e ações de saúde em direção aos Estados e Municípios, e o desenvolvimento de novos mecanismos de controle financeiro e operacional, como a Norma Operacional Básica (NOB) (BRASIL, 1996a), onde constam os primeiros apontamentos sobre a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde, destacando o PSF como alternativa. Desde então, cada vez mais, tem sido frequente o uso do conceito de Atenção Básica como referência a serviços de saúde operacionalizados na esfera municipal, em nível local.

A Atenção Básica como primeiro nível de atenção do SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, visando à manutenção da saúde, e tendo como fundamentos a garantia de acesso universal e contínuo; a efetivação da integralidade, com a integração de ações programáticas e demanda espontânea; o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e a coordenação do cuidado na rede de serviços, com acesso a outros níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

Apesar dos inegáveis avanços na organização da Atenção Básica no Brasil na última década, com a descentralização das ações de Vigilância em Saúde, ainda persistem vários problemas referentes à gestão e organização dos serviços de saúde o que, em alguma medida, compromete a integralidade do cuidado.

A integralidade se constitui como diretriz fundamental para orientar a organização dos serviços de saúde de forma a responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários (MAGALHÃES e OLIVEIRA *et al*, 2006).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, determina que o SUS deve oferecer a população em geral “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências*” (BRASIL, 1988). Tendo em vista essa lógica, considera-se a integralidade como um dos

princípios basilares do SUS, conformando-se como um tema freqüente nas discussões e investigações, por ser uma preocupação no cotidiano dos gestores nos vários níveis de gestão.

A revisão nacional da normatização da Atenção Básica, realizada em 2006, culminou com a criação da Política Nacional de Atenção Básica que define princípios gerais para a Atenção Básica, apontando a Saúde da Família (SF) como uma estratégia de mudança do modelo da atenção, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Programa Saúde da Família e Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007b).

A PNAB define que, para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Equipe de Saúde da Família deve haver uma estrutura mínima que lhe possibilita funcionar com autonomia junto à população adscrita recomendada, visando qualificar e humanizar a atenção prestada à saúde. Na Política Nacional da Atenção Básica estão definidas as competências de cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), bem como os repasses e suspensão de recursos financeiros, sendo que, a efetivação da transferência desses recursos que compõem os incentivos relacionados ao Piso da Atenção Básica (PAB) das ESF tem por base, os dados disponíveis no SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2007b).

2.2 O Programa Saúde da Família

Com a implantação do SUS em 1990, através da Constituição Federal de 1988, foi definido o princípio da universalidade das ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços de saúde sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA e DAL POZ, 2005).

Campos (1989) ao refletir sobre o SUS e a proposta SF afirma que, neste modelo assistencial, o mercado não seria o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas sim o planejamento realizado; não a partir do poder aquisitivo das pessoas mas de suas necessidades de saúde. O atendimento deve ser universal – todos têm o direito de utilizar o sistema gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

Especificamente, o Programa Saúde da Família teve início quando o Ministério da Saúde formulou e instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, priorizando a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo (VIANA e DAL POZ, 2005).

O PSF, no Brasil, surgiu a partir de uma iniciativa do Município de Quixadá, localizado no sertão central do Ceará. No decorrer de 1993, foi iniciada ampla discussão sobre Sistemas Locais de Saúde (SILOS), estabelecidos para facilitar o alcance das metas, por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva, uma vez que, deveriam se organizar tendo por referências as unidades básicas de saúde, o que favoreceria o planejamento e a administração periférica dos serviços de saúde e do próprio modelo assistencial (BRASIL, 1994).

Em janeiro de 1994 formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos ACS. Tal processo se consolidou em março de 1994 quando o mecanismo de financiamento do PACS foi inserido no pagamento por procedimentos operados pelo SUS, ou seja, na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Cabe assinalar que, o êxito do PACS impulsionou a formação do PSF, surgindo o primeiro documento do programa, com a data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994).

Desta forma, o PSF surgiu como estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, no sentido de imprimir uma nova dinâmica aos serviços de saúde,

estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando práticas direcionadas à vigilância à saúde na perspectiva da intersetorialidade (BRASIL, 1994).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF tem como objetivo incorporar e reafirmar os princípios do SUS através da estruturação de USF tendo como características: o caráter substitutivo, a integralidade e a hierarquização, a territorialização e o cadastramento da clientela e da equipe multiprofissional (BRASIL, 2000a).

O caráter substitutivo do PSF significa, substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2000a).

No que diz respeito à integralidade e hierarquização, o MS afirma que, a USF deve estar vinculada à rede de serviços de saúde disponível, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo a assegurar a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir.

No que diz respeito à territorialização e cadastramento da clientela, a USF deve trabalhar com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área, havendo a recomendação de que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2000a).

O Ministério da Saúde preconiza também que, cada equipe multiprofissional do PSF, que compõe uma Equipe de Saúde da Família conte no mínimo, com: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS. Outros profissionais: a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. As USF podem atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

O crescimento/avanço do PSF pelo País trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais, e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere, especificamente, à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

O PSF apóia-se nos princípios da Vigilância à Saúde (organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde) que sustentam a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária, negando as versões de que esta seria um arranjo contemporâneo da medicina simplificada, um programa de medicina familiar e somente para atenção materno-infantil (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

Em Mato Grosso o PACS teve início em 1995, em apenas dez municípios selecionados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-MT), situados na região norte e mais pobre do Estado, onde havia maior risco de mortalidade infantil (CANESQUI e ESPINELLI, 2006).

Ao final de 1996 iniciou-se a sensibilização dos gestores municipais de Cuiabá para a implantação das primeiras ESF que, em 1997, começaram a se consolidar. Neste mesmo ano, seis Municípios do Estado implantaram o PSF, com oito equipes atendendo uma população estimada em 30.600 habitantes, o que representava 1,33% de população coberta. Em 1998, 18 municípios tinham o PSF implantado, com 22 equipes atendendo uma população estimada em 84.150 habitantes, representando 3,60% da população do estado coberta (GAÍVA e SILVA, 2008).

Com a implantação do PSF em Mato Grosso, no período de 1999 a 2002, a SES-MT passou a amparar o funcionamento do PSF no Estado, por meio da *Portaria nº. 26/2991/2001*, que garante apoio a capacitação dos profissionais; a supervisão dos municípios pelos escritórios regionais de saúde; a avaliação do programa em parceria com órgãos representantes dos usuários; o incremento da gestão plena da atenção básica; a criação de incentivos financeiros aos municípios

mais pobres e carentes de infra-estrutura assistencial, que aderiram voluntariamente ao PSF. Os estímulos financeiros do Governo Federal passaram a ser fornecidos aos municípios por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), da *Norma Operacional Básica* (NOB/96) e da *Norma Operacional de Assistência à Saúde* (NOAS/2001), que tiveram importância significativa para a implantação do programa no Estado (CANESQUI e ESPINELLI, 2006).

Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que a cobertura populacional estimada já corresponde a 63,21% da população, com 569 ESF implantadas no Estado até março de 2010 (BRASIL, 2010).

2.3 Contextualizando os Sistemas de Informação em Saúde

Historicamente, a produção das informações em saúde no Brasil deu-se de forma centralizada, sendo que no início dos anos de 1960 essa centralização foi tomada como estratégia nacional para a padronização e melhoria da qualidade das estatísticas disponíveis no país, bem como a existência de poucos recursos humanos disponíveis para a gestão e produção das informações foi identificada como um problema (ALMEIDA, 1998).

Em 1975 foi criado o Núcleo de Informática da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, cuja missão foi desenhar e implementar o Sistema de Informação em Saúde (SIS) (BRASIL, 2000b).

A lei orgânica da saúde nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990) prevê as atribuições comuns à União, Estados e Municípios, assim como define as instâncias responsáveis pela organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Desta forma, ao município é atribuído, judicialmente, um papel bem mais amplo do que mero coletor de dados, espera-se dele a capacidade de produzir, organizar e coordenar a produção de informações em saúde de sua região (BRANCO, 1996).

Com a entrada em vigor, em 1998, da NOB-96 (BRASIL, 1996 a), que regulamenta o funcionamento do SUS, foi prevista a gestão plena dos serviços de saúde pelos municípios, o que determinou que a capacidade de operar os sistemas de informações básicas se constituísse em um dos itens previstos para a efetivação do repasse de recursos financeiros do nível federal para estados e municípios, crescendo assim a importância da descentralização da produção das informações (ALMEIDA, 1998).

O primeiro SIS implantado no país foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 1976. No final da década de 1970 e início da década de 1980 foi implantado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sendo, desde então, outros SIS desenvolvidos e implantados pelo MS (BRASIL, 2000b).

Na atualidade, no Brasil (2000b) os principais sistemas e bases de dados de informações em saúde são:

- **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** - é o mais antigo sistema de informação do país, vigora nacionalmente desde 1979. Sua fonte de informação é a Declaração de Óbito (DO). A responsabilidade da coleta de dados e tratamento das informações é municipal, como a do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
- **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)** – foi criado em 1977 e regulamentado em 1990, tendo por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, permitindo a investigação e acompanhamento de agravos e fornecendo informações para análise do perfil da morbidade da população.
- **Sistema de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** - implantado em 1977 e regulamentado em 1990, destina-se ao acompanhamento do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCE).

- **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)** - implantado em 1981 e informatizado em 1993, abrange todas as internações realizadas pelo SUS em cerca de 6.500 hospitais do país, tanto na rede pública como na rede contratada. É oriundo do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/MPAS). Os dados de entrada no sistema são oriundos dos dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)** - implantado a partir de 1993, tem como objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças transmissíveis e imunopreviníveis, através da imunização sistemática da população.
- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** - implantado em 1992 e em vigor nacionalmente desde 1994, coleta dados nas declarações de Nascidos Vivos (DN), preenchidas nos estabelecimentos de saúde ou em cartórios (no caso de parto domiciliar). Este sistema permite a vigilância à saúde dos recém-nascidos, além de fornecer uma série de indicadores estatísticos que possibilitam a avaliação da cobertura da atenção pré-natal.
- **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA)** - criado em 1994, registra a produção de serviços ambulatoriais realizados pela rede SUS, entre unidades prestadoras de serviços públicos e privados.
- **Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)** - criado em 1998, coleta informações para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e pelas ESF.
- **Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal e Nascimento (SIS PRÉ-NATAL)** - criado em 2002, permite o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do SUS, que define o elenco de procedimentos para assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2000e).

- **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia)** - criado em 2002, permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, gerando informações para os gestores locais, das Secretarias Municipais, Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde, constituindo-se como uma ferramenta útil para os profissionais da rede básica (BRASIL, 2002a).
- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** - criado em 2003, possibilita a caracterização dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. A partir de 2006 passou a disponibilizar os cadastros das ESF, Equipes de Saúde Bucal e ACS, inicialmente presentes apenas no SIAB.

Estes SIS foram criados com o objetivo de captar dados mais próximos da realidade, da situação saúde da população, contribuindo em grande parte para a qualificação do sistema de saúde, especificamente em relação à assistência à saúde e às demais atividades realizadas pelos serviços de saúde como: estatísticas vitais, produção de serviços, cobertura assistencial e capacidade instalada dos serviços, financiamento público de saúde dentre outros (FERLA *et al*, 2002).

Frente a um amplo processo de mudanças, os sistemas de informação em saúde contribuíram principalmente, no que se refere ao planejamento, à formulação de propostas, ao acompanhamento de ações e serviços, à avaliação dos serviços e à regulação do sistema de saúde.

Assim, pode-se afirmar que os Sistemas de Informação em Saúde desempenham papel relevante para a organização dos serviços, pois os Estados e Municípios de posse das informações em saúde têm condições de adotar de forma ágil, medidas de controle de doenças, através do planejamento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando tomadas de decisões (MISHIMA *et al*, 1996).

Os municípios receberam o reconhecimento como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento,

organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informações são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para aumentar a eficácia e oportunizar ações de controle social (BRANCO, 1996).

Branco (1996) ainda ressalta que, é necessário que a informação em saúde consiga identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os SIS devem atentar para

a captação e a disponibilidade de dados e informações nos serviços, a análise das informações que geram conhecimentos úteis, a multidisciplinaridade na abordagem do conhecimento necessário a ação, a integração aos processos de implantação de modelos de atenção a saúde centrada na promoção da qualidade de vida e a necessidade de tomada de decisões oportunas (OMS, 1998: 75).

Os Sistemas de Informação em Saúde, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à efetivação de intervenções mais aproximadas do quadro das necessidades de saúde da população.

Segundo Ferreira (2001a) um SIS é entendido enquanto um componente de um determinado Sistema de Saúde – no caso do Brasil - o Sistema Único de Saúde. Portanto, ele deve ser coerente com suas proposições, princípios e diretrizes.

Compatível com as disposições legais do SUS, também existe a necessidade urgente de descentralizar a gestão da política das informações em saúde,

de modo a garantir aos gestores do SUS, das três esferas de governo, as informações necessárias, suficientes e acessíveis para o planejamento e tomada de decisões para as ações em saúde (FERLA *et al.*, 2002).

Em 1996, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, foram definidas diretrizes para a elaboração de uma política nacional de produção e disseminação de informações, temática igualmente abordada nos anos 2000 na 11ª, e em 2003 na 12ª Conferência, emergindo propostas para a elaboração da política nacional de produção de informações em saúde, resultando, posteriormente, na criação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), em março de 2004 (BRASIL, 2004a).

A PNIIS (2004a) tem como propósito a promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para: os cidadãos, para a gestão, para a prática profissional, para a geração de conhecimento e o controle social; garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis, através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços, e assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.

Essa política tem como diretrizes principais:

- 1- Fortalecer as áreas de informação e informática nas três esferas de governo, apoiando sua organização e desenvolvimento.
- 2- Estabelecer um Registro Eletrônico de Saúde que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde.
- 3- Estabelecer um sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde que seja progressivamente adotado, aprimorando o processo de integração dos sistemas de informação de saúde e viabilizando o registro eletrônico de saúde.

- 4- Estabelecer, por um processo aberto e participativo, com padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens, de maneira a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.
- 5- Investir na criação de infra-estrutura de telecomunicação que permita a interoperabilidade entre as aplicações nos diversos serviços de saúde.
- 6- Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde, ampliando a produção e disseminação de informações de saúde, de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, e outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
- 7- Dotar a área de saúde de instrumentos jurídicos, normativos e organizacionais que a capacitem a assegurar a confidencialidade, a privacidade e a disponibilidade dos dados e das informações individualmente identificadas, garantindo a sua autenticidade e integridade, através de certificação digital.
- 8- Estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade para melhor atender a diversidade e complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde.
- 9- Fortalecer a competência do Estado de intervir na área de produção de software em saúde.
- 10- Apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada.

- 11- Apoiar a disseminação de informações em saúde para a população, utilizando diferentes linguagens, mídias e veículos de comunicação, alcançando públicos específicos e facilitando o controle social em saúde.
- 12- Estimular a universalização do uso de bibliotecas virtuais em saúde para a disseminação de informações técnico-científicas, promovendo a ampliação do acervo e facilitando o acesso dos usuários.
- 13- Investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de informação e informática em saúde.
- 14- Institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS.
- 15- Estimular, através de editais de fomento, a produção científico-tecnológica relativa às diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

Segundo Medeiros *et al* (2005), os sistemas de informações em saúde têm características próprias que agregam milhões de dados e permitem inúmeras possibilidades de uso, sendo que os gestores de sistemas de saúde têm demonstrado preocupação crescente em conhecer e apropriarem-se do elenco destes recursos, o que possibilita definições mais acertadas na priorização de ações no setor saúde.

Na área da saúde pública é sabido que existem deficiências nos sistemas de informação, uma vez que a finalidade da coleta de dados extrapola interesses puramente científicos, sendo direcionada, frequentemente para o monitoramento e programação das ações em saúde dos gestores do SUS, além do controle de repasse de recursos (RODRIGUES *et al*, 2006).

O processo de descentralização da saúde ampliou o contato com a realidade social, política e administrativa e suas especificidades regionais, colocando os gestores do SUS à frente de desafios que visem superar a fragmentação das

políticas e programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde.

Este processo foi intensificado com a criação do Pacto pela Saúde, publicado em fevereiro de 2006 pela Portaria GM nº 399, contemplando o pacto firmado entre os gestores do SUS em suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, entre as quais se destaca a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, na qual os municípios ganham significativa relevância (BRASIL, 2006).

Um dos princípios fundamentais do Pacto pela Saúde é respeitar as diferenças locais, reforçar a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalecendo os espaços e mecanismos de controle social, através da atenção integral à saúde, redefinindo instrumentos de regulação, programação e avaliação (BRASIL, 2006).

Os SIS são considerados instrumentos de grande valia para a pactuação dessas ações, uma vez que o fortalecimento da descentralização e valorização dos serviços locais de saúde, previstos no pacto, impõe aos municípios a produção de informações em saúde, não mais como mero coletor de dados, mas como protagonistas na utilização dos sistemas de informação.

A informação é instrumento essencial para a tomada de decisões, ferramenta imprescindível à Vigilância em Saúde, por ser fator desencadeador do processo - informação-decisão-ação (BRASIL, 2007a).

No que se refere aos SIS, os municípios que fizerem parte do pacto tornam-se co-responsáveis pela produção e divulgação das informações em saúde, tendo como objetivo o fortalecimento do nível local, com o intuito de planejar, programar e executar as ações em tempo oportuno, frente ao diagnóstico de saúde de cada região.

O pacto pela saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, entre suas diretrizes prevê o fortalecimento da Atenção Básica através da implantação do

processo de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo (BRASIL, 2006), processo esse que deve ter como ferramenta fundamental os SIS vigentes na atualidade na atenção básica.

Os SIS são elencados no pacto em defesa do SUS como elementos fundamentais no que tange as responsabilidades dos municípios pelo planejamento e programação, quanto a:

Operar os Sistemas de Informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local dos seguintes Sistemas de Informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES) e quando couber o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2006:51).

Após edição do Pacto pela Saúde, com as atenções voltadas para os princípios e diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa dos SUS e de Gestão, a Secretaria de Atenção a Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, apresentou, em março de 2006, a proposta da nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2007b), que define as responsabilidades de cada esfera de governo, destacando as competências das secretarias municipais de saúde no que se refere aos SIS nas áreas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação dos serviços, das quais ressaltamos:

1. Alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
2. Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

3. Verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
4. Consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;
5. Acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica e/ou Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados.

É fato que a PNAB dentre outras atribuições, visa à consolidação e análise dos dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da Gestão Municipal, disponíveis nos sistemas de informação, alguns deles primordiais para a programação, planejamento, avaliação e execução das ações de saúde na atenção básica, como os disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ferramenta fundamental da Estratégia de Saúde da Família.

2.4 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

O SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), tendo como objetivo fazer o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2000a).

O SIAB foi idealizado para agregar e processar as informações sobre a população acompanhada pelas Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Essas informações devem ser obtidas através do preenchimento de fichas de cadastramento e de acompanhamento das famílias, e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. Esses relatórios permitem que as ESF conheçam a realidade social, econômica e sanitária da

população acompanhada, favorecendo o processo avaliativo da adequação dos serviços de saúde oferecidos (BRASIL, 2007c).

Pesquisa bibliográfica realizada no Portal Capes sobre sistemas de informação na Atenção Básica de Saúde no Brasil permitiu a identificação de 19 trabalhos científicos produzidos no período de 2000 a 2008. Destes, 10 eram teses de doutorado e dissertações de mestrado e 9 artigos científicos. A maioria dos estudos tomou como objeto o SIAB, o que evidencia a importância desse SIS na atualidade (OLIVEIRA e CORRÊA, 2008).

Tais estudos apresentam como tema central, via de regra: análise das inconsistências do SIAB (FRANÇA, 2001; ARCHETTI, 2002; LAPREGA e SILVA, 2005; PINTO e FREITAS, 2005; BARBOSA, 2006; VENDRUSCULO, 2006); o SIAB como instrumento de planejamento local para ações do PSF (GONÇALVES, 2001; SAMICO, 2002; SANTOS, 2003; BERGO, 2006) e o processo de trabalho da atenção básica para o sistema de informação (RIBEIRO *et al.*, 2004; GRIBEL, 2005).

Os estudos identificados apontam para o fato de que o SIAB não está sendo utilizado no processo de programação e avaliação local, pois os trabalhadores de ESF não consideram que a finalidade principal para o preenchimento dos documentos de coleta de dados seja sua utilização no processo de planejamento das ações em saúde, mas sim o recebimento do incentivo financeiro proveniente do Ministério da Saúde (PINTO e FREITAS 2005; REIS *et al.*, 2007).

As pesquisas que têm como objeto do estudo o SIAB evidenciam sua utilização como serviço meramente burocrático em função do volume de fichas que precisam ser preenchidas (SILVA 2002; RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004; MARTINÊS e CHAVES, 2007).

A falta de capacitação dos profissionais para a utilização do SIAB conforma-se como um problema que dificulta o processo de planejamento, avaliação e programação das ações, uma vez que, os SIS são instrumentos norteadores para as ações em saúde, desde que, seu produto final tenha a qualidade necessária

(FRANÇA, 2001; ARCHETTI, 2002; PINTO e FREITAS, 2005; BARBOSA 2006; MARTINÊS e CHAVES, 2007).

A existência de grande duplicidade de dados nos SIS da atenção básica é apontado como um elemento dificultador do trabalho das ESF, por gerar a repetição de registros de diversos dados em diferentes sistemas, todos empregados com a mesma finalidade que o SIAB (LAPREGA e SILVA, 2005).

Os estudiosos sobre o SIAB afirmam que, se trata de um software de simples manuseio, que serve como fonte de dados de valor estimável para a gestão nos sistemas locais de saúde e como ferramenta de apoio e orientação para os profissionais por conformar-se como norteador para tomada de decisões (FRANÇA, 2001; LAPREGA e SILVA, 2005 e MEDEIROS *et al*, 2005).

2.4.1 O trabalho em equipe no processo de produção de dados para o SIAB

Segundo Peduzzi (1998), trabalho é o ato humano pelo qual os homens em sociedade transformam a sua existência, tanto no plano material como na subjetividade, se condicionando mutuamente.

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, é fruto de produção não-material que se completa no ato de sua realização, não tendo como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado; por sua vez, o produto é indissociável do processo que o produz, sendo a própria realização da atividade (PIRES, 1998).

Esta mesma autora ainda afirma que, esse trabalho é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional, envolvendo características do trabalho assalariado e de sua divisão parcelar.

A avaliação do trabalho em saúde e suas finalidades permite a constatação de que, sua atividade é definida tanto social quanto historicamente e que, para isso é preciso a utilização de tecnologias diversas, instrumentos e saberes diferenciados, para que haja o seu adequado desenvolvimento em qualquer âmbito assistencial (PINTO e FREITAS, 2005).

No que diz respeito ao trabalho em saúde realizado no PSF, esse tem como pressuposto básico o trabalho em equipe, que deve ser composta por vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar intervenções de caráter, primordialmente, preventivo e de promoção à saúde, em uma população territorialmente adscrita (SANTOS e CUTOLO, 2004).

Santana e Carmagnani (2001) ao abordarem questões relativas à organização e forma de trabalho de ESF afirmam que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não está garantida a ruptura com a dinâmica médico-centrada do modelo de saúde hegemônico na atualidade.

Estudos sobre o trabalho em equipe no PSF revelam a ausência de responsabilidade coletiva pelo trabalho e o baixo grau de interação entre as categorias profissionais, uma vez que, apesar do discurso de teor igualitário, membros de equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, entre trabalhadores de nível superior e nível médio de formação, e entre médico e enfermeiro (SILVA e TRAD, 2005).

Para essas autoras, estudar o trabalho em equipe é importante para entender como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, a consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (SILVA e TRAD, 2005).

Para garantir a qualidade na atenção à saúde é fundamental que, as equipes busquem alcançar a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões,

como: propiciar a integração de ações programáticas e a demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de vigilância à saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe e coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade (BRASIL, 2007a).

Sendo assim, integrar implica discutir ações a partir da realidade local; aprender a olhar o território e identificar prioridades, assumindo deste modo o compromisso com a saúde da população. Para isso, o ponto de partida deve ser o processo de planejamento e programação conjunto, definindo prioridades, competências e atribuições a partir de uma situação atual reconhecida como inadequada, tanto pela equipe, quanto pela população.

No que diz respeito ao princípio da territorialização é considerado a base do trabalho das ESF para a prática da Vigilância em Saúde, por permitir a eleição de prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados, através de análises das informações produzidas pelos SIS, contribuindo para o planejamento e programação local, o que refletirá na definição de ações mais adequadas para a população adscrita. O trabalho com território requer o reconhecimento e mapeamento da área de abrangência segundo a lógica das relações, das condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica em um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pelas equipes de saúde (BRASIL, 2007a).

O processo de coleta e sistematização de dados, em grande parte, é realizado por meio dos diversos instrumentos do SIAB, através dos quais são obtidos dados/informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. O SIAB dispõe de várias fichas que devem ser preenchidas para o levantamento de dados, fichas essas que têm seu preenchimento sob a responsabilidade de diferentes profissionais da ESF.

O preenchimento das fichas de levantamento de dados do SIAB começa com o trabalho dos ACS. Inicialmente, os agentes cadastram todas as

residências de sua área de abrangência, incluindo casas em construção e casas vazias. Para o preenchimento desta ficha – que corresponde a Ficha A - a unidade de análise (ou observação) é o domicílio. Após essa etapa, o agente comunitário realiza uma visita para o preenchimento do cadastro das famílias de cada residência (Ficha A – Anexo I). Com a Ficha A é possível fazer um levantamento das características da população da área de abrangência do agente, como número de crianças e gestantes, entre outros (RODRIGUES *et al*, 2006).

Feito o cadastro inicial, os ACS devem acompanhar as famílias mensalmente. Caso algum morador da área apresente condição referida por exemplo: (existência de grávidas, idosos) e/ou doença, o acompanhamento do morador deve ser realizado e as informações adicionais inseridas em outra ficha, a Ficha B, que contempla os grupos de crianças, gestantes, pacientes com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase.

As fichas preenchidas devem permanecer em poder do próprio ACS durante todo o ano para realização do acompanhamento dos usuários da microárea de abrangência. Mensalmente os ACS devem preencher o consolidado desse acompanhamento conjuntamente com o enfermeiro para o fechamento do Relatório da Situação e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2) (Anexo II), sendo assim cada microárea de abrangência deve ter uma SSA2 de posse do ACS responsável pela área (BRASIL, 2000a).

Os profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) que atuam nas ESF utilizam uma ficha de produção do SIAB, a Ficha D, onde devem ser registradas as atividades, procedimentos adotados com os pacientes e notificações. Da mesma forma que os ACS, mensalmente, os profissionais de saúde devem preencher um relatório com todas as informações mensais consolidadas, o chamado de Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2) (Anexo III), portanto para cada equipe deve haver uma PMA2 preenchida (BRASIL, 2000a).

Peduzzi (1998) pressupõe a participação de todos os membros da ESF no trabalho, atuando de forma efetiva no planejamento, execução e avaliação;

partilha de decisões; reflexões acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho.

Silva e Trad (2005) afirmam que muitas vezes a avaliação dos serviços de saúde não se dá rotineiramente e, quando ocorre é realizada pela enfermeira que apresenta à equipe alguns dados do SIAB. As autoras ainda afirmam que, a avaliação se restringe, quase que exclusivamente, aos produtos do trabalho, a quantificação da produtividade do serviço. Sendo assim, o preenchimento dos instrumentos do SIAB serve para atender aos compromissos com as diversas esferas de governo, mas é pouco usado para organizar a dinâmica da equipe e para a readequação das atividades que venham responder às necessidades de saúde da população.

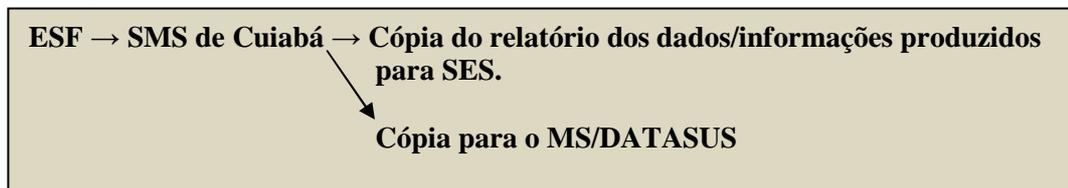
A descrição apresentada deixa evidente a importância do trabalho em equipe no processo de produção de dados para o SIAB, para que esses dados sejam consolidados e inseridos no sistema de forma o mais fidedigna possível.

2.4.2 Sistema de Informação da Atenção Básica em Cuiabá

No que tange à organização das ações de saúde no estado, Mato Grosso é dividido em 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS) que têm o compromisso de apoiar as ações de saúde realizadas pelos municípios, sendo o ERS da Baixada Cuiabana responsável pelos municípios de: Santo Antônio do Leverger, Chapada dos Guimarães, Acorizal, Livramento, Poconé, Barão de Melgaço, Nova Brasilândia, Planalto da Serra e Cuiabá.

Especificamente no Município de Cuiabá, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) responde pelas ações de saúde implementadas localmente e, desde abril de 2008, a Secretaria Municipal de Saúde deixou de enviar seus dados para o ERS da Baixada Cuiabana passando a remetê-los diretamente para a SES-MT e para o MS, conforme representação gráfica que segue:

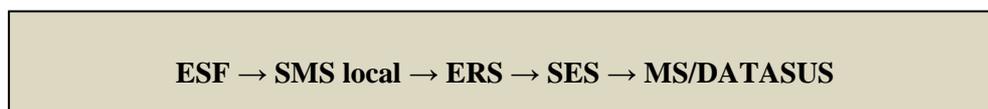
Figura 1. Representação gráfica do fluxo de dados coletados por ESF em municípios credenciados na Gestão Plena.



Tal mudança no fluxo das informações deve-se ao fato de que os municípios credenciados na gestão plena e que firmaram o Pacto de Gestão devem promover, obrigatoriamente, a descentralização da informação, com ênfase nos níveis locais de saúde.

Por outro lado, os municípios que ainda não assinaram o Pacto de Gestão devem seguir o seguinte fluxo de informações.

Figura 2. Representação gráfica do fluxo de dados coletados por ESF em municípios que ainda não aderiram ao Pacto de Gestão.



Para a implantação do SIAB em Cuiabá a SMS distribuiu para as USF computadores com o SIAB instalado (SIAB secundário). Nos municípios onde as USF não dispõem do SIAB secundário nas unidades, os dados são enviados via relatórios para a SMS, onde os técnicos do nível central alimentam o SIAB principal.

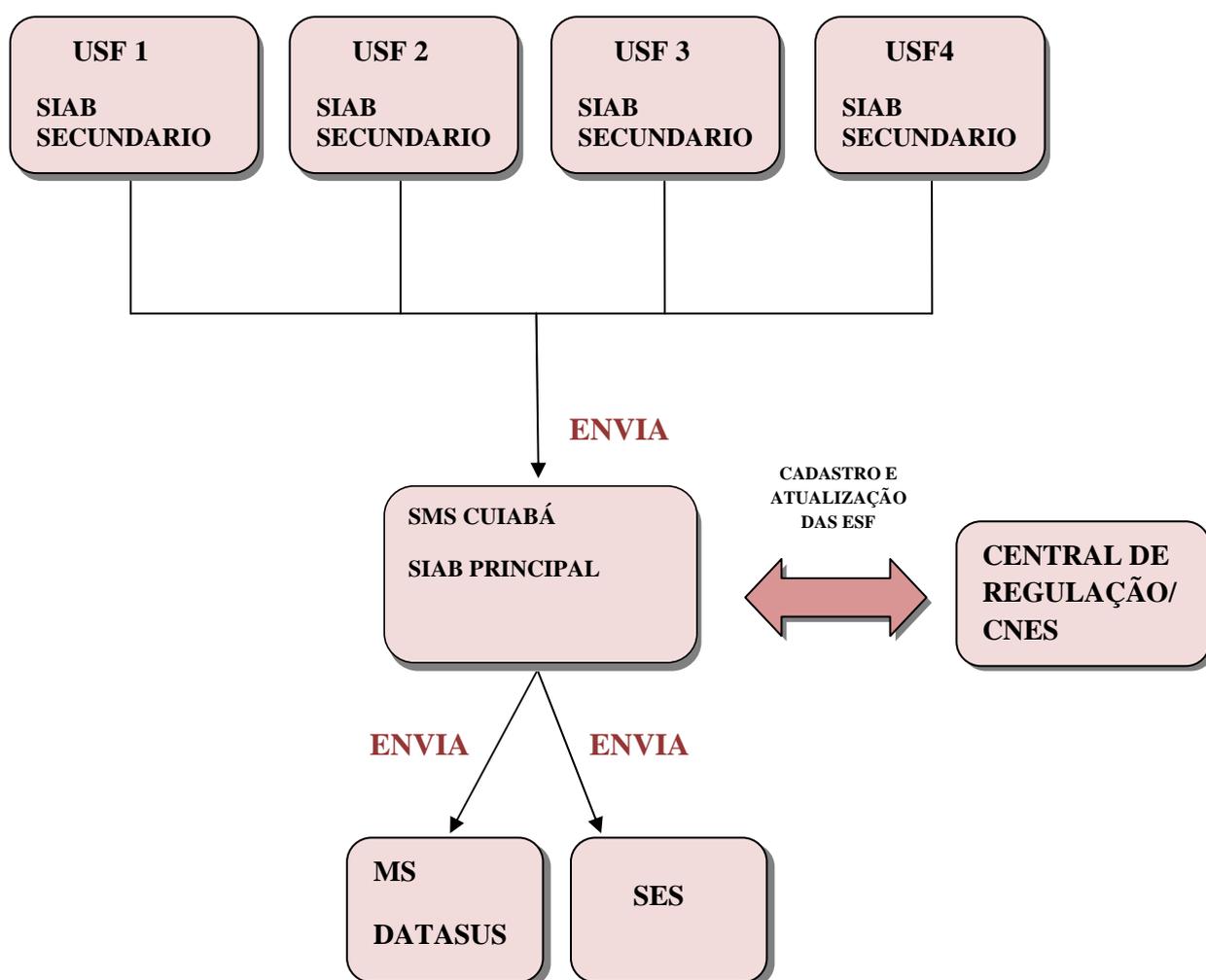
Com vista a atender o previsto na portaria MS/SAS nº 80 de 13 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007d), que estabeleceu que as transferências dos incentivos relativos à saúde da família tivessem como única fonte de informação o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), ocorreu a efetiva integração dos cadastros das ESF, Saúde Bucal e ACS (inicialmente presentes apenas nos SIAB) ao SCNES, por ser um sistema que possibilita a caracterização dos

estabelecimentos de saúde nos aspectos de áreas físicas, recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2007c).

A integração dos cadastros das ESF teve como objetivo a identificação de irregularidades como, a duplicidade de dados no cadastro de profissionais, ou seja, dados de profissionais que estão cadastrados em mais de um município, apesar da obrigatoriedade da jornada de 40 horas semanais.

Os dados do SIAB relacionados ao registro das equipes são enviados a SMS, que os encaminha para a Central de Regulação, onde são exportados para o SCNES, como mostra o fluxograma a seguir.

Figura 3: Fluxograma do envio de dados do SIAB no município de Cuiabá, 2010.



Fonte: SMS/DAB

O SIAB secundário é o sistema utilizado nas unidades de saúde da família. Nele são inseridos os dados provenientes dos relatórios das equipes. O SIAB principal é o sistema disponível nas Secretarias Municipais de Saúde e Escritórios Regionais de Saúde, onde é realizada a consolidação dos dados que serão enviados à Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Analisar o processo de produção de dados e informações do Sistema de Informação em Atenção Básica por duas equipes de saúde da família no município de Cuiabá-MT.

3.2 Específicos

- ✓ Descrever o processo de produção de dados e informações do SIAB pelas equipes estudadas.
- ✓ Identificar os fatores que interferem no processo de produção de dados e informações do SIAB pelas equipes estudadas.
- ✓ Descrever a utilização das informações produzidas pelo SIAB pelas equipes estudadas.
- ✓ Discutir as potencialidades e limitações relacionadas à produção de dados e informações do SIAB pelas equipes com o sistema informatizado, e sem o sistema informatizado nas unidades.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Neste estudo, utilizamos a abordagem qualitativa para responder aos objetivos aqui propostos, uma vez que se buscou analisar o processo de produção de dados e informações para o SIAB, em equipes de saúde da família no município, identificando os fatores que interferem no processo de planejamento, programação e avaliação do serviço. Essa escolha ocorreu em função desta abordagem preocupar-se com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados através de fórmulas ou dados estatísticos (MINAYO, 2006).

Para a efetivação desta pesquisa, optamos pela realização de um estudo de caso que é um tipo de investigação que permite ao pesquisador analisar, profundamente, uma unidade de estudo que pode ser um sujeito, um grupo ou uma instituição (TRIVINOS, 2006), e neste caso específico, duas ESF do município de Cuiabá.

Segundo Chizzotti (2000), no estudo de caso coletam-se dados para a produção de um relatório ordenado e crítico, possibilitando formular ações transformadoras ou tomar decisões sobre o caso estudado. Também permite apreender a singularidade de uma situação retratada, a complexidade e a multiplicidade de aspectos globais. O caso pode ser tomado como unidade significativa do todo.

4.2 Local do estudo

O presente estudo é parte do projeto matricial intitulado “Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no Município de Cuiabá/MT”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT), que vem sendo realizado por pesquisadores do Grupo de Pesquisa Projeto Argos, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

Cuiabá é a capital do Estado e foi o primeiro Município do Estado de Mato Grosso. Dele derivam todos os municípios que compõem hoje os Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2009), Cuiabá possui uma área de 3.538 Km², com uma população de, aproximadamente, 526.830 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,821. Suas principais atividades econômicas são: a indústria, o comércio, a pecuária, a pesca e a agricultura, com o cultivo de lavoura de subsistência e hortifrutigranjeiros (FERREIRA, 2001b).

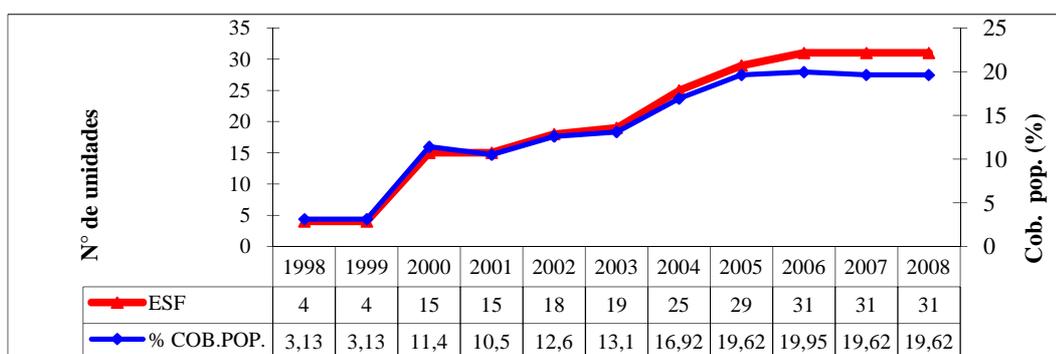
No que diz respeito à estrutura dos serviços de saúde, o município dispõe de 24 hospitais, sendo 14 gerais e 10 especializados. Sua rede de atenção básica é constituída por 56 equipes de Saúde da Família, 35 Centros de Saúde e 7 Policlínicas (BRASIL, 2010).

Visando a operacionalização de suas ações, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, em 1992, criou cinco regionais de saúde - Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro Norte, e no ano 2000, ocorreu a reestruturação dessas regionais, surgindo a configuração atual que divide o município em quatro regionais de saúde: Norte, Sul, Leste e Oeste.

Especificamente, no Município de Cuiabá as primeiras ESF implantadas datam do ano de 1998, quando foram criadas quatro equipes que efetivaram uma cobertura populacional de 3,13% àquele momento. O número de ESF têm crescido ao longo dos anos e, até o final do ano de 2008, segundo dados do

SIAB, encontravam-se cadastradas 31 ESF, o que representava uma cobertura de 19,62%, conforme gráfico abaixo.

Figura 4. Série histórica de implantação das ESF e a cobertura populacional correspondente, Cuiabá-MT.



Fonte: SIAB/DAB/MS

Até dezembro de 2008 o Município de Cuiabá contava com 31 ESF cadastradas no SIAB. Entre março e abril de 2009, foram criadas 29 novas ESF, totalizando 60 equipes distribuídas pelos quatro regionais de saúde, conforme demonstrativo a seguir:

Quadro 1 - Distribuição de Unidades Básicas de Saúde nas regionais de saúde, Cuiabá, 2009.

REGIONAL DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE	ESF
NORTE	03	13
SUL	04	21
LESTE	08	15
OESTE	07	11
TOTAL GERAL	22	60

Fonte: DATASUS/CNES

No que diz respeito à gestão do SUS, o município está enquadrado na gestão plena desde 1998, o que o torna responsável pela gerência de todas as unidades de saúde: rede própria, contratada e conveniada (CUIABÁ, 2007).

Ainda segundo a SMS de Cuiabá (2007), o município é referência Estadual para os serviços de média e alta complexidade, sendo responsável pela contratação, programação, controle, avaliação, auditoria e regulação, bem como pelo pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Para realização deste estudo, foram selecionadas duas equipes de Saúde da Família do município que atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

1. Ser uma ESF localizada na Regional Norte, por se tratar de região definida pela SMS de Cuiabá para atuação da UFMT nas atividades de ensino, pesquisa e extensão;
2. Ser uma ESF implantada há pelo menos dois anos, tempo que garante certa organização do serviço para o trabalho com saúde da família;
3. Ser uma equipe compostas por todos os membros previstos nas normatizações do Ministério da Saúde, segundo a PNAB.

Com o intuito de realizar uma análise comparativa do processo de produção de dados e informações do SIAB por duas ESF, definiu-se que uma ESF deveria dispor do sistema informatizado (SIAB secundário) e outra ESF não.

Após a aplicação dos critérios às 13 ESF da Regional Norte, dez atenderam aos critérios estabelecidos, sendo que destas, seis não dispunham do sistema informatizado na unidade e quatro tinham o sistema informatizado disponível. No momento seguinte foi realizada a amostra aleatória simples para definição das unidades onde o estudo seria realizado.

Para Martins (2001) o principal objetivo da amostragem aleatória é garantir o acaso na seleção dos componentes da amostra. Essa amostragem consiste em enumerar todos os componentes da população para depois, através de um sorteio aleatório, sortear os elementos que farão parte da amostra, até a quantia correspondente ao tamanho da amostra. Para realizar os sorteios, utilizam-se “tábuas

de números aleatórios”, que consistem em tabelas que apresentam sequências dos dígitos distribuídos de 0 a 9, ou ainda, programas de computador para selecionar também aleatoriamente os componentes da amostra.

Para a eleição das equipes que participariam do estudo foram construídas duas planilhas, sendo a primeira elencada de 1 a 6 (sem o sistema informatizado do SIAB na unidade) e a segunda elencada de 1 a 4 (com o sistema informatizado do SIAB). Posteriormente, as equipes foram selecionadas aleatoriamente pelo software estatístico Bioestat, tendo como resultado as duas ESF que fizeram parte deste estudo. Tal caminho de seleção garantiu que, nenhum componente tivesse oportunidade maior/menor de ser escolhido, pois a escolha ocorreu de forma independente da vontade do selecionador da amostra.

As duas equipes selecionadas receberam as seguintes denominações: ESF1 e ESF2. A ESF1 é a equipe que possui o sistema informatizado do SIAB, é composta por médico, enfermeiro, 6 ACS, 2 técnicos de enfermagem, agente administrativo e digitador.

A ESF2 não possui o sistema informatizado do SIAB, é composta por médico, enfermeiro, 6 ACS (destes, um atualmente exerce a função de agente administrativo), e 2 técnicos de enfermagem. Nesta equipe a médica é preceptora de alunos de medicina e os acompanha nas consultas e visitas domiciliares.

A análise do processo de produção de dados e informações para o SIAB em duas equipes de Saúde da Família no Município de Cuiabá-MT, potencialmente, contribuirá com a Secretaria Municipal de Saúde no sentido de sanar eventuais problemas vivenciados pelas ESF do município na utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram os membros das duas Equipes de Saúde da Família (2 médicos, 2 enfermeiros, 12 agentes comunitários de saúde e o 1 digitador).

Com vistas a garantir o sigilo acerca das duas USF e dos profissionais que participaram deste estudo, as equipes e profissionais receberam as seguintes denominações:

- ✓ **ESF1** – Equipe de Saúde da Família, unidade com o sistema informatizado do SIAB.
- ✓ **ESF2** - Equipe de Saúde da Família, unidade sem o sistema informatizado do SIAB.
- ✓ **ACS** - Agente Comunitário de Saúde. Cada ACS recebeu um número atribuído de 1 a 6 segundo a ordem de realização das entrevistas.
- ✓ **ENF** – Enfermeiro.
- ✓ **MED** – Médico.
- ✓ **DIG** – Digitador.

Cabe esclarecer que, durante o processo de coleta de dados na ESF2 surgiu a necessidade de entrevistar um ACS que, recentemente passou a desempenhar a função de agente administrativo, após atuar na unidade por mais de dez anos como ACS, tendo em vista a importância deste sujeito por sua larga experiência o inserimos entre os sujeitos desta pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A entrada no campo foi realizada através de visitas iniciais de aproximação com as USF selecionadas, e suas respectivas equipes. O contato inicial visou o conhecimento do ambiente onde seria realizado o estudo, bem como, a criação de vínculos de empatia e confiança com os profissionais.

Inicialmente, essas visitas foram realizadas em período integral, tendo como propósito a aproximação com a equipe e a participação em algumas atividades tais como: visitas domiciliares com as ACS e o enfermeiro, já com o propósito de realização de algumas observações em campo.

A coleta de dados foi realizada no período de 25/06/2009 à 06/10/2009, totalizando 20 dias em cada equipe. Vale ressaltar que, durante o trabalho de campo ocorreram intercorrências, como a greve dos médicos das USF, o que dificultou a realização de entrevistas com estes profissionais.

Para Minayo (2007), no trabalho de campo assim como durante todas as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e, historicamente condicionado: o objeto investigado, as pessoas implicadas, o pesquisador e seu sistema de representações teórico ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica.

Sendo assim, para o levantamento de dados optou-se pelas técnicas de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Em investigações de cunho qualitativo as entrevistas podem ser utilizadas como estratégia dominante para a coleta dos dados ou, podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas. Em qualquer situação, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (BOGDAN, 1994).

Para Leopardi (2002), a entrevista enquanto técnica de coleta de dados tem a vantagem de que são os próprios atores sociais que oferecem os dados

relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas. Ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida para falar sobre aquilo que pensa e sente.

Para Triviños (2006), alguns tipos de pesquisa qualitativa têm na entrevista semi-estruturada um dos principais meios para coleta de informações. Segundo este autor, esta modalidade de entrevista valoriza a presença do investigador e proporciona todas as possibilidades para que o informante tenha a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

No presente estudo as entrevistas foram realizadas em duas etapas: inicialmente foi entrevistado o digitador da unidade responsável pela inserção dos dados levantados junto à comunidade no SIAB, a entrevista foi realizada com auxílio de um roteiro norteador, abordando questões como: funcionalidade e utilidade do SIAB, capacitação para trabalhar com o SIAB, dificuldade de utilização, rotina de consolidação e fluxo de envio de dados, percepções sobre o SIAB (Apêndice I).

Na segunda etapa foi realizada entrevista semi-estruturada com os membros das equipes (médicos, enfermeiros e ACS), utilizando um roteiro composto de duas partes, a primeira com dados de identificação dos sujeitos e a segunda com questões relativas ao uso e preenchimento das fichas do SIAB como: dificuldades de preenchimento, organização dos relatórios nas unidades, utilização dos dados para diagnóstico e planejamento das ações, produção e divulgação das informações do SIAB junto a comunidade, percepções sobre o SIAB e periodicidade do retorno das informações a unidade (Apêndice II).

Na entrevista semi-estruturada, o entrevistador tem liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro para aprofundar e esclarecer pontos que considere relevantes aos objetivos do estudo (FIGUEIREDO, 2008).

Para maior compreensão acerca dos questionamentos feitos e das respostas recebidas em relação a questões relativas ao preenchimento das fichas e relatórios do SIAB, durante as entrevistas com as equipes (com exceção do digitador) as fichas do SIAB foram colocadas a amostra para identificar o nível de conhecimento dos profissionais em relação às variáveis de cada ficha.

Para evitar transtornos relativos a possíveis deslocamentos dos entrevistados e invasão de privacidade dos sujeitos, optamos por realizar as entrevistas nas respectivas USF, em local reservado e em horário escolhido pelos profissionais. Cabe salientar que, as entrevistas foram realizadas em horários de pequeno fluxo de usuários evitando interrupções e transtornos a organização do serviço.

Com o objetivo de garantir a fidedignidade às informações fornecidas pelos participantes deste estudo, explicamos o objetivo do estudo e solicitamos a cada entrevistado a autorização para gravação de nossas conversas em fita K-7, para posterior transcrição. Antes de iniciar as entrevistas era solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para cada participante, sendo-lhe garantido o sigilo absoluto acerca das informações prestadas (Apêndice III).

Complementarmente a entrevista semi-estruturada, foi utilizada a técnica de observação participante. Segundo Minayo (2006) a técnica de observação participante se divide em três tipos: o participante como observador, o observador como participante e observador total.

Neste estudo, utilizamos a técnica do participante como observador, segundo Minayo (2006), neste tipo de observação o pesquisador deixa claro para si e para o grupo que sua relação com o campo se restringe ao tempo da pesquisa, sendo a participação em campo profunda e dada pela adoção de hábitos, formas de atuação solidária e vivência conjunta com os entrevistados, dentro de suas rotinas cotidianas, sendo necessário que os dois lados tenham a clareza de que se trata de uma relação temporária, enquanto durar o trabalho de campo.

Partimos do princípio de que, a observação possibilita a oportunidade do pesquisador estabelecer contato direto com o fenômeno observado, de forma a obter informações da realidade sobre atores sociais envolvidos em seus próprios contextos (MINAYO 2006). Esta autora afirma que, a importância desta técnica está na possibilidade de captar uma variedade de situações/informações que não são obtidas através de questionamentos (entrevistas).

A realização da observação requer que seja elaborado, previamente, um guia para o processo de observação, em que devem estar presentes elementos e estratégias que serão adotadas para captar os dados (MINAYO, 2006). Aliado a isso, deve ser estabelecida a forma e o conteúdo desta técnica, conforme os objetivos do projeto de pesquisa, mesmo que, durante o processo de investigação, mudanças precisem ser implementadas.

Para realização desta técnica elaboramos um roteiro de observação (Apêndice IV), com os seguintes aspectos: rotina diária das equipes durante o processo de coleta e registro de dados; identificação pelos componentes da equipe acerca das variáveis das fichas; período de ocorrência da coleta de dados; observação do controle de qualidade após a coleta dos dados; organização das fichas e relatórios do SIAB; identificação do responsável pela consolidação dos dados; identificação da existência do trabalho em equipe para a consolidação e análise dos dados e uso das informações para o planejamento e avaliação das ações.

Para elaboração deste roteiro tomamos por referência o Manual Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2000a) e o Manual de Monitoramento da Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação (BRASIL, 2004b).

Minayo *et al* (2007) afirmam que uma das questões centrais desta técnica reside na entrada do pesquisador no campo. A capacidade de empatia com a equipe e com os usuários do serviço, sua capacidade de observação e sua aceitação por parte do grupo são fundamentais para o bom andamento deste procedimento metodológico.

Segundo Leopardi (2002), a observação participante segue algumas etapas em seu processo de execução: 1) a imersão no campo para definição dos temas e objetivos; 2) a explicitação das hipóteses de trabalho ou questões; 3) a indicação dos elementos de observação: local, período, meios e técnicas, a indicação dos informantes, os registros de campo; 4) a organização dos dados e redefinição das hipóteses sempre que um caso negativo for encontrado; 5) análise final dos dados e conclusões sobre as hipóteses.

Neste estudo, o processo de observação foi realizado durante algumas visitas domiciliares da equipe e nas próprias USF durante o registro e consolidação dos dados coletados. As observações foram registradas em um diário de campo durante o tempo em que a pesquisadora esteve na unidade, sendo aplicado o critério de exaustão dos dados para o encerramento da coleta (Minayo, 2006).

Os registros no diário de campo eram realizados em uma caderneta para posterior digitalização; durante o período de observação evitou-se realização de anotações na presença dos membros das equipes. Algumas questões importantes eram pontuadas e nos horários de pequeno fluxo eram transcritas para a caderneta.

4.5 Organização e Análise dos Dados

Os dados obtidos através das técnicas de entrevista semi-estruturada e observação participante foram tratados e analisados através da técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin (1977) e adaptada por Minayo (2006).

Optamos pela realização da Análise de Conteúdo (AC) por ser considerada uma técnica que permite, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social (BAUER e GASKELL, 2002). Na Análise de Conteúdo o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o analista busca categorizar as unidades de texto que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Para Bardin (1977: 31) a Análise de Conteúdo

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Segundo Bardin (1977), esse conjunto de técnicas se refere à análise categorial, de avaliação, de enunciação, de expressão, das relações e do discurso, sendo que, neste estudo os dados foram analisados através da técnica de análise temática, que é constituída por um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva ou sistemática do conteúdo das comunicações, têm como finalidade interpretar tais comunicações.

Minayo (2006) afirma que, a noção de tema está relacionada a uma afirmação acerca de determinado assunto, podendo ser representada por uma palavra, frase ou mesmo um resumo. Segundo Bardin (1977) o tema se liberta do texto analisado, segundo critérios advindos da teoria que orienta a leitura.

A técnica de análise de conteúdo temática é composta por três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 1977).

Na primeira etapa, denominada pré-análise, realizamos a ordenação do material coletado, com a transcrição das falas dos sujeitos pesquisados, gravadas durante a entrevista e, os registros do diário de campo durante a observação participante. Posteriormente, realizamos uma leitura compreensiva e exaustiva do conjunto do material selecionado, visando a impregnação pelo seu conteúdo. Essa leitura objetivou o conhecimento do conjunto de dados, apreendendo as particularidades, elaborando os pressupostos iniciais para a análise e interpretação, escolhendo as formas de classificação inicial e determinando os conceitos teóricos que foram utilizados na análise.

Na fase de exploração do material recortamos trechos, frases ou fragmentos de cada texto em análise; fazendo uma leitura e dialogando com as partes do texto no esquema da classificação; identificando, através de inferências, os núcleos de sentido apontados; estabelecendo diálogo entre os núcleos de sentidos e os pressupostos iniciais; analisando os diferentes núcleos de sentido e identificando as temáticas mais amplas; reagrupando as partes do texto por temas encontrados; elaborando uma redação por tema de modo a articular os sentidos do texto e os conceitos teóricos que orientaram a análise.

No momento seguinte identificamos os núcleos de sentidos apontados na classificação inicial, após, posteriormente à realização de sua categorização e discussão das categorias, articulando os sentidos dos excertos com os conceitos teóricos que nortearam a análise.

Bardin (1977, p. 117) considera a categorização como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”.

Por fim, realizamos a síntese interpretativa dos dados analisados, dialogando com os objetivos e pressupostos da pesquisa, a luz do referencial teórico adotado.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo faz parte do projeto matricial que foi submetido à apreciação e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, com aprovação através do protocolo nº 559/CEP-HUJM/08 (ANEXO IV), atendendo a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O despreparo das ESF para utilização do SIAB

Nesta categoria, identificamos o desconhecimento dos sujeitos desta pesquisa acerca da importância do SIAB enquanto ferramenta de trabalho das ESF e a capacitação insuficiente das equipes para utilização do SIAB, considerando a importância de discutir as atribuições de cada profissional das equipes tomando por referência a PNAB e, a regulamentação do trabalho do ACS, estabelecendo um elo entre suas atribuições e a real capacidade técnica desse trabalhador para efetuar a produção de dados para o SIAB.

5.1.1 Desconhecimento da importância do SIAB enquanto ferramenta de trabalho das ESF.

“Os sistemas de informação são concebidos segundo a lógica de organização dos serviços de saúde” (BRASIL, 2002c). O manual do SIAB afirma que, esse sistema foi criado como um instrumento para gestão de sistemas locais de saúde, conformando-se como um SIS que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangências definidas (BRASIL, 2000a).

Contudo, as equipes não concebem a utilização do SIAB como um instrumento do trabalho da ESF e sim, como um instrumento para efetuar a mera coleta dos dados para alimentar o sistema, conforme mostra os discursos dos profissionais a seguir:

*O SIAB é onde armazena todas as informações que é produzida na unidade. (Entrevista **ESF1-** ACS2)*

*Pra mim é um sistema que a gente colhe dados com a comunidade e passa essas informações pro sistema, o SIAB mesmo. (Entrevista **ESF2-** ACS1)*

*É um sistema que a gente busca dados (Entrevista **ESF1-** ACS1).*

*O SIAB é a organização informatizada de todas as informações. (Entrevista **ESF2-** ACS3)*

*O SIAB é um sistema de informação que é produzido na unidade básica para alimentar o sistema sobre os dados que unidade produz. (Entrevista **ESF1-** ENF)*

Segundo Pinto e Freitas (2005), mesmo considerando a produção de informações em saúde como um importante instrumento de controle social do SUS, a preocupação maior das ESF em relação ao SIAB se concentra no preenchimento das fichas no cotidiano do trabalho e não, na análise das informações possíveis de serem fornecidas para a realização da programação local.

Chama atenção o fato de que, entre os sujeitos deste estudo, apenas um dos entrevistados relata que o sistema “deveria” servir para avaliação das ações.

*É um sistema de informação que deveria servir pelo menos para todas as unidades para avaliar suas ações. (Entrevista **ESF2-** MED)*

Apesar de ser reiteradamente afirmado no meio acadêmico e técnico que os processos de planejamento, programação e avaliação das ações, esta última com suporte do nível municipal e estadual, sejam funções inerentes a ESF, nesse excerto subentendemos que, para este profissional, o SIAB não tem sido utilizado no processo de avaliação das ações pela ESF2.

5.1.2 Formação e capacitação insuficiente para utilização do SIAB

A compreensão efetiva de processos e serviços de saúde requer o entendimento das condições em que o mesmo ocorre, para tanto, é imprescindível avaliar buscando, constantemente, identificar no trabalho realizado os pontos frágeis, para que as dificuldades possam ser atenuadas e, se possível, sanadas (MOTA, 2009). Sendo assim, ao longo deste estudo, buscamos verificar em que medida os profissionais sentem dificuldades para realizar o preenchimento das fichas/formulários do SIAB.

Segundo a PNAB, o processo de capacitação e educação permanente para atuação no PSF deve iniciar concomitantemente ao início do trabalho das ESF, por meio do Curso Introdutório ou, em até três meses após a implantação das equipes (BRASIL, 2007b).

Embora a PNAB responsabilize o município pela realização do Treinamento Introdutório e/ou de cursos/capacitações voltadas para a educação permanente das ESF em articulação das Secretarias Estaduais, quando o município tem população superior a 100 mil habitantes (BRASIL, 2007 b), o que observamos nos discursos dos sujeitos deste estudo, é que ainda existem várias dúvidas em relação ao preenchimento das fichas do SIAB e o significado de suas variáveis, evidenciando falta de capacitação para utilização das ferramentas disponíveis.

*Essas reações aqui indesejáveis que eu tenho um pouco de dúvida, né, no caso pra explicar pro paciente, assim quando ele pergunta alguma coisa aí a gente manda pra unidade, pois tenho um pouco de dúvida. Já tive dificuldade, esse estado nutricional, eu não sabia quando era desnutrida, nutrida, a gente olhando no cartão da gestante, porque pra colher essas informações a gente tem que olhar no gráfico da gestante (...) eu muitas vezes acabo não anotando o estado nutricional. No começo também, na data da consulta de pré-natal eu não sabia se esse um, dois e três aqui se era o mês de gravidez ou se era a primeira, segunda ou terceira gestação. (Entrevista **ESF2- ACS4**)*

(...) agora eu não preencho a parte de mês de gestação, dados nutricional e fatores de risco, não sei o que é edema, sei o que é diabetes, pressão alta. O edema é o resultado de alguma queda?

*As vacinas não tenho dúvida, mas sobre esse negócio do peso pra marcar no cartão de vacina, as vezes eu tenho alguma dúvida sim, do percentual. (Entrevista **ESF1-** ACS3)*

*A gente sempre tá olhando o cartão da criança né, mas tem hora que aparece dúvida sim, o negócio do peso né que eu tenho dúvida. (Entrevista **ESF1-** ACS6)*

*Eu tive muita dificuldade nas vacinas, porque são muitas as vacinas e eu não tenho conhecimento de vacinas, né,, e de vacinas ninguém me explicou profundo pra mim entender melhor, eu tenho muita dificuldades nas vacinas. (Entrevista **ESF2-** ACS1)*

Nas entrevistas que realizamos com os membros das ESF, os ACS demonstraram sentir grande dificuldade para efetuar o preenchimento das fichas/formulários do SIAB, fato que se justifica por razões que se interrelacionam com a formação insuficiente desses trabalhadores para a realização de atividades que apresentam certo grau de complexidade.

Grande parte dos profissionais entrevistados demonstrou dificuldade no preenchimento e interpretação das variáveis da Ficha B de acompanhamento de gestantes e da Ficha C, que é uma cópia do cartão da criança, fato observado durante o trabalho de campo.

*Durante o período de observação algumas ACS relataram dificuldades de preenchimento no cartão sombra (algumas não sabiam siglas das vacinas, como exemplo, a DPT) e na ficha B de gestantes, não havia o preenchimento de fatores de risco. (Relato de observação, 03/09/2009, **ESF2**)*

*Uma ACS indagou sobre a variável nutrida e desnutrida da ficha B de gestante, durante seu questionamento relatou não saber o que é nutrição e desnutrição na gestante, dizendo não haver no cartão da gestante o preenchimento da curva de peso X idade, dificultando a sua verificação. (Relato de observação, 16/07/2009, **ESF1-** ACS4)*

No cotidiano do trabalho do ACS identificamos inúmeras dúvidas em relação às variáveis das Fichas B do SIAB, sendo as mais frequentes as fichas de Acompanhamento de Gestante e a Ficha C .

A utilização dos instrumentos de coleta de dados para o SIAB evidencia que, realmente, algumas fichas apresentam maior grau de complexidade, o que dificulta sua utilização pelos ACS em função de sua formação educacional insuficiente, uma vez que, via de regra, os Agentes Comunitários não dispõem de conhecimentos que subsidiem a compreensão de algumas variáveis das fichas, como por exemplo, na Ficha B de acompanhamento de Gestantes, as variáveis Estado Nutricional (D- Desnutrida e N- Nutrida); Fatores de Risco (Natimorto/Aborto; Sangramento; Edema) e Resultado da Gestação (NV/NM/AB), por serem dados que exigem conhecimentos específicos de profissionais da área da saúde. O mesmo acontece com a Ficha B de acompanhamento de Tuberculose no que se refere às reações indesejáveis.

Laprega e Silva (2005), em estudo que avaliou o SIAB em Ribeirão Preto/SP, apontaram dúvidas existentes para o preenchimento da ficha de acompanhamento de gestantes (Ficha B-GES) referidas pelas enfermeiras, acerca do preenchimento realizado pelos ACS, sendo a maior dificuldade citada, a determinação do estado nutricional.

Nas entrevistas realizadas, também identificamos que, muitos ACS têm dúvidas relativas ao calendário básico de imunização, o que tem reflexo direto no preenchimento dos cartões de vacinas, comprometendo a qualidade das informações.

Lima *et al* (2004) em estudo cujo objetivo era a realização de um diagnóstico de necessidades de educação permanente das ESF de Juiz de Fora, em seus resultados, afirmaram que as capacitações ministradas para as equipes sobre vacinação se mostravam insuficientes, uma vez que no estudo, a vacinação foi o tema mais apontado pelos ACS, quando questionados sobre suas dificuldades.

Embora o manual do SIAB (BRASIL, 2000a) apresente orientações para o preenchimento das fichas, abordando cada variável e sua definição, é necessário estabelecer um processo de educação permanente que supra as deficiências da formação acadêmica dos trabalhadores que atuam no PSF, dando ênfase aos significados das variáveis, visando à completude (referente a todos os

instrumentos de coleta de dados preenchidos) das fichas, com o objetivo de melhorar a qualidade na produção de dados e informações.

A PNAB deixa evidente que, garantir a qualidade dos registros dos dados a serem utilizados pelo SIAB é atribuição de todos os profissionais das ESF, afirmando que deve ocorrer a participação de todos nos processos de planejamento e programação das ações (BRASIL, 2007b).

Segundo depoimento da enfermeira da ESF2, as ACS demonstram maior dificuldade em preencher as fichas do SIAB, principalmente a Ficha B de acompanhamento de gestantes, conforme relatos que seguem:

*Eu acho que a ficha da gestante é a mais difícil para os agentes comunitários estarem preenchendo, por exemplo, data da última menstruação tudo bem, data provável de parto não sabem fazer, a não ser que eles aprendam com a gente, a gente capacita. (...) O estado nutricional eu acho que eles também não têm conhecimento pra tá preenchendo essa parte de estado nutricional, baixo peso ou não. (...) Nos fatores de risco (Pensativa) aqui tem seis ou mais gestações. Eu acho que a ficha da gestante poderia ser melhorada em várias coisas, têm alguns termos que as agentes comunitárias não entendem natimorto, aborto, aborto pode ser que elas saibam, a idade 36 anos ou mais, menos de 20 anos, essas siglas também é um pouco complicada como NV, NM. (Entrevista **ESF2**- ENF)*

Prosseguindo em sua reflexão a enfermeira continua,

*Será que elas vão marcar, assinalar segundo o que elas vão referir, e será que eles vão tá referindo de forma adequada? Será que elas sabem, as pessoas sabem o que é o exame de escarro? Será que as pessoas sabem o que é comunicante examinado? Eu acho que para os agentes comunitários, principalmente nessa questão do exame de comunicantes examinados, eu acho que fica um pouco complicado pra eles. Eu também acho que eles não têm o conhecimento prá tá orientando, mesmo que seja capacitado quanto as reações indesejáveis. (Entrevista **ESF2**- ENF)*

Os excertos apresentados, retirados das entrevistas realizadas com ACS e com uma das enfermeiras, evidenciam as dificuldades que os agentes têm para preencher as fichas do SIAB, dão-se em função da complexidade dos

instrumentos e a sua formação educacional insuficiente, que não lhe oferece condições para interpretar adequadamente as fichas, comprometendo a completude do instrumento, o que pode acarretar na geração de dados não fidedignos com a realidade.

A profissão do ACS foi criada com a edição da Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que afirma em seu artigo 2º:

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (BRASIL, 2002b)

Segundo a legislação vigente, o exercício da profissão de ACS requer o ensino fundamental completo e a conclusão, com aproveitamento integral, do curso de qualificação básica para sua formação.

Por outro lado, no Guia Prático do PSF está estabelecido que, o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde, uma vez que, após sua aprovação em processo seletivo para a vaga na USF da área de sua residência, ele deveria receber treinamento para desenvolver as ações inerentes ao cargo, levando-se em conta que os ACS deve estar sob constante supervisão dos enfermeiro/supervisor da unidade (BRASIL, 2001).

Tomaz (2002), em seu artigo que discute o trabalho do ACS, ressalta três aspectos que devem ser levados em conta ao discutir o processo de formação e/ou qualificação de recursos humanos: 1) o perfil do profissional a ser capacitado; 2) suas necessidades de formação e qualificação; 3) as competências a serem desenvolvidas ou adquiridas ao longo do processo educacional. Este estudioso entende que, o processo de qualificação do ACS permanece desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

Oviromar *et al* (2008) realizam reflexões acerca das vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação do agente comunitário no Brasil e ressaltam que, a figura do ACS no âmbito da ESF deve traduzir a forma como ele percebe a sua categoria profissional e como se percebe enquanto membro da equipe. O estudo mostrou ainda que na concepção do ACS sua atuação deve ser realizada com uma postura de “um amigo” que mora na comunidade; um elo entre a equipe de saúde e a comunidade; uma autoridade na comunidade; um profissional importante, que realiza um exercício de doação; como um membro da família; um educador que desenvolve um trabalho de transformação; um trabalhador angustiado, que gosta do que faz.

Estas autoras ainda retratam a prática dos ACS como um fazer marcado pela contradição e ambigüidade, para além da prevenção, da promoção e do desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis, pois a realidade da comunidade clama por uma intervenção focalizada no seu cotidiano, o que demanda, por parte deste trabalhador, uma reelaboração em profundidade sobre os fatores de risco, objeto de prevenção ou atividades promocionais de saúde, situações nem sempre compreendidas, levando a uma prática que, em termos educativos, tem começo e fim no senso comum, o que implica que o ACS mantenha-se distante de uma vinculação que o caracterize como intelectual orgânico aos grupos sociais com quem interage no cotidiano do trabalho (OVIROMAR *et al* 2008).

Por serem os ACS os responsáveis pela coleta da maioria dos dados existentes no SIAB, conseqüentemente, são esses profissionais das equipes estudadas que mais fizeram críticas voltadas para as fichas usadas no SIAB, como veremos nas próximas categorias apresentadas. Assim, caso o ACS não esteja capacitado para o preenchimento adequado dessas fichas, o produto de seu trabalho resultará em informações não condizentes com a realidade e, portanto, não terão a real condição de contribuir com os processos de planejamento e avaliação das ações de saúde.

Vários estudos têm apontado para a existência de tal problema. Mota (2009), em sua tese de doutorado, onde discute o registro de informações no SIS, tomando por referência a padronização do SINASC, SIAB e SIM no Estado de

Alagoas, com o objetivo de analisar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais das ESF ao efetuarem os registros dos dados coletados para alimentar os SIS observou que, médicos e agentes comunitários, são os membros das ESF que mais sentem dificuldades no preenchimento das fichas/formulários do SIAB.

Ribeiro *et al* (2004) em estudo sobre a teorização do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho do PSF, que teve como objetivo refletir sobre o trabalho das equipes do PSF; e Martines e Chaves (2007) em pesquisa que teve como objetivo levantar as representações e significações de um grupo de ACS acerca das vulnerabilidades e sofrimento no trabalho a que estão expostos, apresentam resultados semelhantes quando retratam problemas de fidedignidade no preenchimento do SIAB e o despreparo da ESF para a utilização do mesmo.

Para garantir a qualificação do trabalho e promover mudanças de práticas, é necessária uma efetiva capacitação dos profissionais das ESF através de um processo específico de capacitação - o Treinamento Introdutório, que tem como objetivo primeiro iniciar o processo de educação permanente dos profissionais para atuar nas ESF (BRASIL, 2000c).

O Treinamento Introdutório em Saúde da Família visa discutir os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, instrumentalizando as equipes para a organização inicial de seu processo de trabalho. Nesse treinamento os profissionais devem ser preparados para analisar a situação saúde de sua área de abrangência em relação aos aspectos demográficos, sócio econômico, ambiental e sanitário (morbimortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades existentes (BRASIL, 2000c)

O treinamento tem por objetivo, capacitar os profissionais para que compreendam e apreendam os indicadores do SIAB, estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas para que ofereçam suporte ao processo decisório da USF (BRASIL, 2000c).

De acordo com a PNAB, o treinamento deve ser ministrado em municípios com mais de 100 mil habitantes pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de forma descentralizada. Com respeito às diferenças loco-regionais, apesar de haver um roteiro orientador do curso, cabe aos municípios adaptarem os conteúdos de acordo com as suas características e necessidades locais (BRASIL, 2000c).

Com relação ao treinamento das ESF para utilização do SIAB, o Treinamento Introdutório propõe que seja apresentada a conceituação de sistema de informação em saúde e de seus componentes; a identificação dos SIS vigentes no SUS e que sejam oferecidos elementos para que os membros das equipes compreendam a organização do SIAB e identifiquem os instrumentos utilizados na prática cotidiana da equipe de saúde da família.

Apesar do MS definir que, o Treinamento Introdutório deve ser oferecido a todas as equipes ao iniciar o trabalho em USF, o que foi observado nos discursos dos profissionais que participaram deste estudo é que, no Município de Cuiabá, essa prática vem sendo realizada tardiamente, sem que questões relativas à utilização do SIAB sejam privilegiadas, não ocorrendo maior aprofundamento na discussão dos instrumentos de coleta de dados e suas variáveis (como preencher as fichas e significados de cada variável) e acerca da análise dos dados para a produção de informações do SIAB (conhecimento do software, relatórios de situação saúde da área, alimentação do sistema e atualização do sistema).

*Olha nós fizemos na época o introdutório, que assim que você entra, eles vêm o dia que é para você fazer o introdutório, mas o introdutório não é tanto o SIAB, é para você aprender a tratar, trabalhar dentro de um posto de saúde e saber como tratar as pessoas. O SIAB em si, eu não tive nenhum curso. (Entrevista **ESF1- DIG**)*

*Foi de uma forma geral. Não foi nada assim: pega a ficha, vocês estão vendo como ela é... olha ela, vamos fazer uma. Aquela coisa geral, essa é a ficha, ela aqui e tem que preencher, foi dessa forma. (Entrevista **ESF1- MED**)*

(...) porque na verdade eu fiz o curso introdutório, mas ele não foi o que eu esperava, não me deixou claro todas as questões do SIAB,

*aí eu fui aprendendo, perguntando, buscando, aprendi mesmo na prática. (Entrevista **ESF2-** ENF)*

*Na verdade no introdutório essas fichas foram apresentadas, explicadas e só. (Entrevista **ESF1-** ACS1)*

*Eu fui ter o introdutório só dois anos depois que eu já era agente de saúde. Então, eu tive que fazer mesmo com as outras agentes que foram ensinando, com a enfermeira na época que era outra enfermeira que foi ensinado também. (Entrevista **ESF1-** ACS4)*

*Olha, quando eu cheguei aqui na unidade eu não tive um treinamento antes, né, para fazer, mas como a unidade já estava em funcionamento e a médica já sabia como que mexia, como fazia, foi repassado como que fazia e aí eu fui tirando as dificuldades com o pessoal da secretaria, com outras colegas enfermeiras para tentar resolver o que eu não sabia. (Entrevista **ESF1-** ENF)*

Chama a atenção o fato de que, alguns profissionais relatam que receberam ajuda de outros profissionais das ESF, durante sua inserção no PSF, para realizarem suas atividades em função de não terem recebido qualquer capacitação para atuar no PSF.

Neste sentido, embora exista o acolhimento da equipe visando sanar as dúvidas e colaborar com o novo membro, não é possível perder de vista que, se eventualmente, o processo ensino-aprendizagem não tenha ocorrido de forma a contemplar e resolver as dúvidas e problemas existentes entre os membros mais antigos das equipes, no que tange a capacitação oferecida através do Treinamento Introdutório e, da educação permanente que deveriam ser oferecidos, esse repasse informal de informações continuará deficitário, gerando um círculo vicioso.

De acordo com Lima *et al* (2004) , a educação permanente baseia-se numa aprendizagem significativa e coletiva, centrada nas necessidades reais do trabalho, que se incorporam ao cotidiano profissional, tendo como objetivo adequar as equipes aos cenários locais, em busca de melhores soluções para resolver os problemas, através da articulação entre gestão, assistência e formação.

A educação permanente auxilia na qualificação das ações de saúde, devendo ser descentralizada, ascendente e transdisciplinar, visando o trabalho em

equipe; a melhora do cuidado à saúde e o desenvolvimento de práticas críticas, éticas e humanísticas; a melhoria da aprendizagem e a procura de soluções criativas para os problemas, bem como, a democratização institucional (LIMA et al 2004).

Para Campos e Wendhausen (2007) é indispensável entender que, a educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas está em toda a ação sanitária, sendo necessária a compreensão de que a educação ocorre de maneira formal, mas também informalmente em quaisquer das ações de saúde, por existir uma dimensão educativa não intencional em todas as ações dos trabalhadores de saúde. Este modo informal de educar representa uma possibilidade de comunicar as mais diversas mensagens, em variadas situações.

Outra problemática identificada, neste estudo, se refere à deficiência de capacitação para a utilização do SIAB, o que está evidente em alguns relatos de observações.

A enfermeira ao ser esclarecida sobre a pesquisa que está sendo realizada informou que não tem contato com o SIAB secundário da unidade, afirmando que é a digitadora que manipula o sistema e ressaltou que não sabia lidar com o computador e que já tinha muitos papéis para preencher. (Relato de observação, 25/06/2009, ESF1)

A enfermeira ao ser indagada sobre a utilização do SIAB relatou que não sabe manipular a máquina ou extrair os relatórios do SIAB, ficando sob responsabilidade da digitadora. (Relato de observação, 10/07/2009, ESF1)

Em relação ao ícone de relatórios do SIAB secundário, a digitadora não sabia como realizar a busca da série histórica das informações (o relatório final de todos os dados coletados e inseridos no sistema), não conseguia imprimir os dados do SIAB, e quando os mesmos eram solicitados copiava a mão os dados. (Relato de observação, 10/07/2009, ESF1)

Nos excertos apresentados evidenciamos a carência de capacitação no que se refere ao SIAB, no sentido de sanar o desconhecimento dos recursos disponíveis no sistema como, a busca da série histórica que registra dados

importantes que devem ser usados para a programação, planejamento e avaliação da área de abrangência. Vale ressaltar que, a falta de capacitação para utilização do sistema gera trabalho desnecessário, pois as informações do SIAB não são impressas, mas transcritas a mão, dificultando, ainda mais, o trabalho da digitadora.

Silva (2002) em sua dissertação de mestrado discute a supervisão do ACS por enfermeiras, afirma que o SIAB é descrito pelos enfermeiros que participaram do estudo como um serviço burocrático devido à grande quantidade de fichas e relatórios que precisam ser preenchidos e elaborados, aumentando a demanda de tarefas sob sua responsabilidade.

Estudos realizados sobre a análise das inconsistências do SIAB e sua avaliação como potencial para análise da situação de saúde evidenciaram: a não utilização do SIAB por ESF para a formulação e planejamento de ações futuras; as dificuldades apontadas pelas equipes na consolidação dos dados e a escassez de treinamentos para as ESF sobre o SIAB (ARCHETTI, 2002; BERGO, 2006).

Reiterando os achados destes estudos; os dados apresentados nesta pesquisa demonstram que, é evidente a necessidade de estabelecer um processo de educação permanente para suprir as deficiências de formação técnica dos trabalhadores que atuam nas USF, quanto ao uso do SIAB e a utilização de suas fichas e relatórios, dando subsídios às ações de saúde a serem desenvolvidas no planejamento, programação e avaliação.

Para tal, é necessário que, a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, mantenha um processo contínuo de educação permanente, pois segundo a PNAB, compete aos municípios estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das ESF (BRASIL, 2007b).

5.2 Organização do serviço das ESF para a produção de dados para o SIAB

Segundo a PNAB, a organização do serviço nas ESF tem como elemento central o trabalho interdisciplinar realizado em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive; possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promovendo e estimulando à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

No que tange a organização do serviço relacionada à produção de dados, as equipes devem realizar o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território (BRASIL, 2007b).

Sendo assim, nesta categoria são discutidas algumas limitações e pontos positivos acerca da organização do serviço das equipes na relação com a produção de dados para o SIAB, apontando como núcleos do sentido: a falta de recurso material para a realização de coleta de dados; a realização de levantamento de dados através de prontuários; a atualização de dados do SIAB; a falta de discussão coletiva dos dados levantados para o SIAB; a participação do Conselho Gestor na discussão das informações geradas pelo SIAB; a utilização das informações do SIAB pelas ESF e a retroalimentação deficitária das informações do SIAB.

5.2.1. Falta de recurso material para realização da coleta de dados na ESF1

Nos dados levantados neste estudo, identificamos que, em uma das unidades ocorre a falta de fichas para coleta de dados do SIAB, principalmente as Fichas B.

*No caderno a gente não tá colando as fichas porque ultimamente não tem na unidade, a gente tá fazendo diretamente no livro. (Entrevista **ESF1- ACS2**)*

*(...) a gente trabalhava com as fichas, mas as fichas faltaram, não tão vindo mais e aí a gente usou esse meio de colocar no caderno porque não tem como né ... não está vindo mais fichas. (Entrevista **ESF1- ACS1**)*

*Eu acho importante as fichas, eu até queria que tivesse essas fichas pra facilitar pra gente, se a secretária mandasse né... (Entrevista **ESF1- ACS3**)*

A falta de material para a realização do trabalho, a exemplo da indisponibilidade de Fichas B do SIAB na unidade, leva os ACS a utilizarem cadernos para realização da coleta de dados (Anexo V), sendo que, algumas informações disponíveis no caderno estão incompletas, o que dificulta a interpretação dos dados que alimentam o SIAB.

Contudo, conforme relatos de observação, para a enfermeira desta unidade os cadernos dos ACS, onde são coletados os dados, são mais completos do que as fichas do SIAB.

*Os ACS têm seu caderno próprio onde são registrados os cadastros das famílias e seu acompanhamento de acordo com cada programa e raramente ocorre a utilização das Fichas B do SIAB para seu preenchimento. Segundo a enfermeira a Ficha B está em falta na unidade e as ACS coletam e preenchem os dados em seus cadernos que são mais completos que as próprias fichas SIAB. (Relato de observação, 07/07/2009, **ESF1**)*

*As ACS têm cadernos onde registram os dados coletados, sendo algumas fichas do SIAB coladas no caderno. Outras ACS não têm fichas do SIAB e os dados/informações contidas no caderno são diferentes das informações das fichas do SIAB, muitas vezes faltam informações. Quando foram questionadas quanto a não utilização das fichas do SIAB, as ACS disseram não ter na unidade, fato este já confirmado pela enfermeira. (Relato de observação, 16/07/2009, **ESF1**)*

Vale ressaltar que a falta de impressos de coleta de dados do SIAB é uma particularidade desta unidade, uma vez que, não foi encontrado tal problema na ESF2. A enfermeira da ESF1 relatou que, existe uma cota semanal de 50 cópias para cada unidade, que devem ser retiradas na Secretaria de Saúde, o que é inviável, uma vez que, membros da equipe não dispõem de tempo disponível para sair da unidade para ir a SMS.

Embora uma das atribuições específicas do enfermeiro, segundo a PNAB (BRASIL, 2007b), seja a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF; não cabe portanto, a esse profissional se ausentar da unidade para buscar fichas e relatórios dos SIS, considerando que a responsabilidade pela manutenção das USF abastecidas com as fichas e relatórios é da SMS, pois segundo a PNAB é de competência dos municípios a garantia de manutenção da infraestrutura necessária ao funcionamento das USF, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

Cotta *et al* (2006) em estudo sobre a organização do trabalho e perfil dos profissionais do PSF identificaram que, a falta de material para a realização do trabalho foi uma dificuldade citada pelos atores sociais entrevistados, especialmente quanto à carência de medicamentos, curativos e até material de expediente. A falta de fichas para coleta de informações do SIAB determina que, as informações não sejam coletadas de maneira padronizada, ocorrendo registros incompletos, gerando prejuízo aos processos de planejamento e avaliação.

Para facilitar a compreensão do leitor acerca de como são feitos os registros para o SIAB apresentamos a seguir um quadro comparativo entre as informações registradas nos cadernos das ACS e as informações contidas nas Fichas B do SIAB. Ressaltamos que as fichas que estavam em falta na unidade eram as fichas de acompanhamento de Hipertensos, Diabéticos e Gestantes, sendo que, das seis ACS duas não dispunham da ficha de acompanhamento de gestantes e anotavam as informações em seus cadernos. Com relação à Ficha C, que é o instrumento de acompanhamento da criança, onde devem ser registradas informações do Cartão da

Criança como o cartão sombra, o acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento de crianças de 0 a 2 anos (CD) e informações complementares, os registros também eram feitos nos cadernos.

Quadro 2- Comparativo entre os dados registrados nos cadernos das ACS e os dados existentes nas fichas B do SIAB.

Instrumentos de Coleta de Dados	Morbidades e Condição Referida		
	HA/DIA	GESTANTE	CD
Cadernos de Registros dos ACS	Nome Data Nascimento Sexo Avaliação: Dia Peso Glicemia PA Estatura Álcool Tabaco (S/N) Medicação Medida Cintura Data da última consulta	Nº SIAB Nome Data Nascimento Vacina Peso Data DUM DPP	Nome Data Nascimento Avaliação: Dia Peso Vacina Estatura Desnutrição SM (Seio Materno) Misto Ferro (suplementação)
Fichas B SIAB e Ficha C (Acompanhamento de Hipertensos, Diabéticos e Gestantes)	Identificação: Nome Sexo Idade Fumante (S/N) Dieta Medicação Exercício físico PA Data da última consulta Insulina Hipoglicemiante Oral	Identificação: Nome DUM DPP Vacina Estado Nutricional: Nutrida/desnutrida Data consulta PN Fatores de risco: 6 ou mais gestações Natimorto/aborto 36 anos e mais Menos 20 anos Sangramento Edema Diabetes Pressão Alta Resultado da gestação NV/NM/AB	Nome da criança DN Comprimento Peso PC Apgar Tipo de parto Aleitamento exclusivo Aleitamento misto Vacina D-diarreia P-pneumonia O-outra doença H-hospitalização

No quadro 2 estão as informações dos registros encontradas nos cadernos das ACS que participaram deste estudo, são dados que variam de acordo com o registro de cada ACS. Os dados que estão em vermelho correspondem as variáveis que não constam nos registros das ACS, mas estão nas fichas do SIAB, lembrando que as medicações são registradas de acordo com a morbidade, por

exemplo, nos registros de HA/DIA se o paciente tem as duas patologias, em seus registros há os nomes das medicações para as duas patologias.

A análise das anotações possibilita a constatação de que os dados de acompanhamento de gestantes são os mais incompletos, pois variam desde a data da consulta do pré-natal até a data da visita domiciliar do puerpério, sendo mais uma vez reforçada a problemática das dúvidas elencadas pelas ESF em relação ao preenchimento dessa ficha. Com relação à Ficha C, os ACS complementavam com os dados que julgavam necessários para a realização dos registros de CD em seus cadernos, dando ênfase aos dados de puericultura, peso, tipo de aleitamento, desnutrição e uso de suplementos, o que faz com que cada ACS tenha diferentes informações em seus registros.

Para evitar problemas de diversificação das informações, Laprega e Silva (2005) sugerem a adoção de uma Ficha C padrão, semelhante às Fichas B, contendo dados importantes para o acompanhamento das crianças até dois anos como: aleitamento materno, vacinas, peso e principais intercorrências.

Durante o período de observação situações específicas chamaram a atenção, como a descrita a seguir.

A ACS 3 da ESF1 não utiliza as informações das fichas, e ao ser questionada sobre a razão para isso relata que: “O programa só pede número de gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com hanseníase e tuberculose cadastrados e acompanhados e as outras informações das fichas ficam somente no papel”.(Relato de observação, 21/07/2009, ESF1)

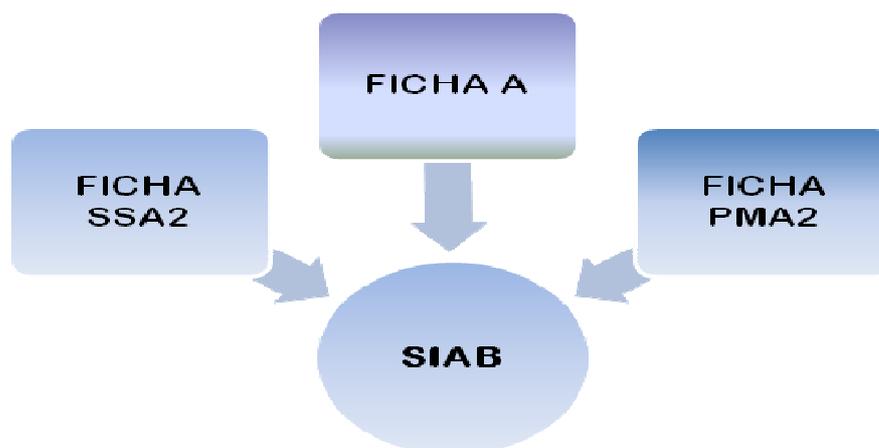
Dentre as ACS que participaram deste estudo, esta foi a única que apresentou tal argumento de forma tão contundente, em tom de crítica ao sistema, ao afirmar que o sistema de informação apresenta como resultado somente aspectos quantitativos das informações e que muitos dados coletados não são inseridos no SIAB.

Apesar da crítica efetuada pela ACS ter procedência, é preciso levar mos em conta que, embora algumas informações das fichas não sejam inseridas no sistema, tais informações são necessárias/fundamentais para efetivação dos processos de planejamento, programação e avaliação do serviço na medida em que estejam a disposição da ESF na unidade.

Para além desse problema identificado na fala da ACS, é necessário ter clareza que essa é uma questão que merece reflexão no interior da ESF, pois cabe a todos os membros da equipe a responsabilização pelo processo de organização do serviço, com vistas a efetivação do trabalho em equipe, de acordo com os princípios definidos para Saúde da Família como estratégia de modificação do modelo assistencial.

Para ilustrar a crítica efetuada pela ACS é preciso compreender que, as informações disponíveis no sistema são aquelas correspondentes às levantadas pela Ficha A (Anexo I), Ficha SSA2 (Anexo II) e Ficha PMA2 (Anexo IV), conforme fluxograma a seguir:

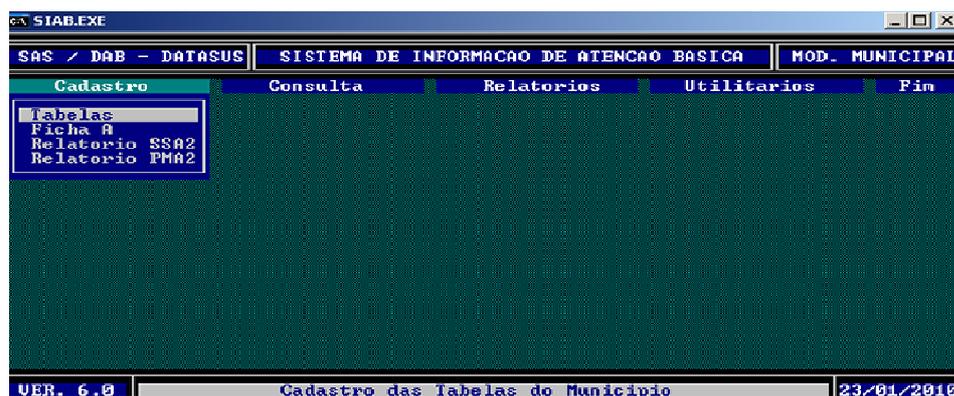
Figura 5 - Fluxograma de alimentação do SIAB.



Com o preenchimento da Ficha A são levantadas informações para a identificação da família, o cadastro de todos os seus membros, a situação de moradia entre outras informações adicionais. A Ficha SSA2 consolida informações sobre a situação saúde das famílias acompanhadas em cada área, sendo seus dados provenientes das fichas A, B, C e D. A Ficha PMA2 consolida dados sobre a produção dos serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadores, sendo que os dados necessários para seu preenchimento são os provenientes da Ficha SSA2 e Ficha D.

Visando a melhor compreensão do funcionamento do SIAB, apresentamos a tela de entrada de dados do módulo municipal do SIAB com seus respectivos ícones para entrada das informações.

Figura 6 - Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone cadastro



Fonte: SIAB/DAB/SMS

Na Figura 6 apresentamos a tela de entrada do SIAB, onde são apresentados, inicialmente, os ícones que dão acesso a inserção de informações sobre os cadastros, consultas, relatórios e utilitários. No ícone cadastro são inseridos os dados das Fichas A, SSA2 e PMA2 no sistema.

Figura 7 - Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone consulta.



Fonte: SIAB/DAB/SMS

Na figura 7, no ícone consulta são inseridas informações coletadas com o uso das Fichas A, SSA2 e PMA2.

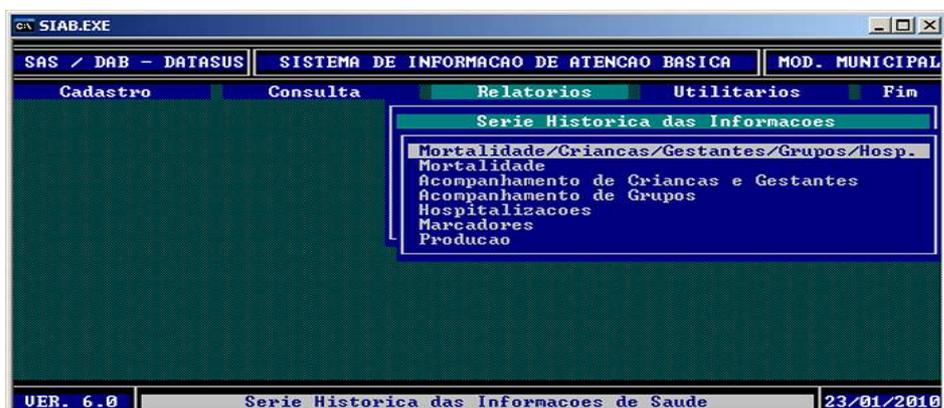
Figura 8 - Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone relatórios.



Fonte: SIAB/DAB/SMS

Na figura 8, o ícone relatórios dá acesso às informações trabalhadas através do cruzamento de dados entre as Fichas A, SSA2 e PMA2, com o objetivo de acompanhar, planejar, programar e avaliar as ações de saúde.

Figura 9 - Tela de entrada no SIAB secundário com uso do ícone Série Histórica das Informações.



Fonte: SIAB/DAB/SMS

Na figura 9, o uso do ícone relatórios possibilita o acesso a séries históricas das informações existentes no sistema, apresentando o perfil epidemiológico da região da ESF, relatórios esses que devem ser utilizados nos processos de avaliação e planejamento das ações em saúde da área de abrangência.

A análise da tela de entrada do software do SIAB possibilita a constatação de que, os dados que alimentam o sistema são os provenientes da Ficha A, SSA2 e Ficha D, apesar de alguns dados da Ficha B não serem contemplados na SSA2 como veremos no quadro comparativo que segue.

Quadro 3 – Quadro comparativo entre os dados da Ficha B com os dados da Ficha SSA2

ACOMPANHAMENTOS	FICHA B	FICHA SSA2
Gestantes	DPP*, estado nutricional, Fatores de Risco: Seis ou mais gestações, Natimorto/aborto, 36 anos e mais, Sangramento, Edema, Diabetes, Pressão Alta	Nº Cadastradas Nº Acompanhadas Com vacina em dia Consulta pré-natal no mês Pré-Natal iniciado no 1º TRI. < 20 anos cadastradas
Diabéticos	Idade, sexo, dieta, exercícios físicos, uso de hipoglicemiante oral e insulina	Nº Cadastrados Nº Acompanhados
Hipertensos	Idade, sexo, tabagismo, dieta, exercícios físicos, Pressão Arterial, uso de medicação	Nº Cadastrados Nº Acompanhados
Pessoas com Tuberculose	Idade, sexo, reações indesejáveis, exame de escarro, comunicantes examinados, comunicantes menores de 5 anos e com BCG.	Nº Cadastrados Nº Acompanhados
Pessoas com Hanseníase	Idade, sexo, auto-cuidado, data da última dose supervisionada, comunicantes examinados e que receberam BCG.	Nº Cadastrados Nº Acompanhados

OBS: DPP*→Descolamento Prematuro de Placenta.

Ao analisar, comparativamente, os dados disponíveis nas Fichas B e aqueles constantes do sistema informatizado do SIAB constatamos que, muitas informações não são inseridas no banco de dados do sistema, como por exemplo, na Ficha B de acompanhamento de gestante alguns fatores de risco (nº de gestações, natimorto/aborto, idade gestacional, sangramento, edema, diabetes/hipertensão) não

são introduzidos no banco de dados, ou seja, somente os dados relativos à quantidade de gestantes (cadastradas/acompanhadas), número de vacinas administradas, número de consultas de pré-natal no mês e de pré-natal iniciado no 1º trimestre e gestantes menores de 20 anos são inseridos no sistema. Assim, as informações que alimentam o banco de dados do sistema correspondem àquelas coletadas com o uso da Ficha SSA2, que consolida dados acerca da situação de saúde e acompanhamento das famílias por microárea.

Com relação ao acompanhamento de diabéticos, hipertensos e pessoas portadoras de tuberculose e hanseníase, no sistema estão disponíveis dados referentes ao número de usuários cadastrados e acompanhados em tratamento (Ficha SSA2), ficando várias informações constantes da Ficha B fora do sistema, sendo importante ressaltar que alguns marcadores acerca de Meningite por tuberculose em menores de 5 anos e Hanseníase com grau de incapacidade II e III estão presentes no sistema através da ficha PMA2.

Diante do exposto fica evidente que, apesar das informações das fichas não serem utilizadas na totalidade, segundo o discurso da ACS, a não coleta das informações justifica-se pela falta de material, especificamente, de fichas do SIAB e em função do ACS saber que nem todas as informações levantadas são inseridas no banco de dados do SIAB sendo, portanto, consideradas desnecessárias.

Entretanto, precisamos considerar que um Sistema de Informação (SI) é composto de um subsistema social e de um subsistema automatizado, sendo que o primeiro inclui as pessoas, processos, informações e documentos; e o segundo consiste dos meios automatizados (máquinas, computadores, redes de comunicação) que interligam os elementos do subsistema social (LAUDON, 2004).

Assim sendo, as pessoas (juntamente como os processos que executam e com as informações e documentos que manipulam, neste caso especificamente as fichas e relatórios do SIAB) também fazem parte do SI, que é algo maior que um software, pois além de incluir o hardware e o software, também inclui os processos (e seus agentes) que são executados externamente às máquinas (LAUDON, 2004).

Isto implica em que, pessoas que não dominam a utilização de computadores também façam parte do sistema e, conseqüentemente, necessitem ser observadas e guiadas pelos processos de planejamento e análise, ressaltando que embora nem todos os dados das fichas B do SIAB sejam inseridas no sistema, ainda assim, fazem parte do SI e, portanto, necessitam de sua completitude para serem utilizadas nos processos de planejamento e programação das ações de saúde, uma vez que as variáveis não inseridas no sistema também devem ser utilizadas nesses processos.

Outro ponto a ser destacado diz respeito a utilização dos cadernos pelas ACS como fonte de coleta de dados, devido a indisponibilidade de algumas fichas B do SIAB na ESF1. Cabe salientar que, o uso deste recurso seria positivo se fosse utilizado como fonte complementar às informações das fichas, pois como será visto no decorrer deste estudo, algumas fichas do SIAB apresentam certas limitações, como por exemplo, espaço limitado para observações.

5.2.2 Acesso a informações através de prontuários na ESF2

Para Starfield (2002) os prontuários servem como fonte de registro de dados dos usuários e como instrumentos para a coleta de dados epidemiológicos para o planejamento da atenção à saúde das populações além de serem documentos legais, que dispõem de dados que devem evidenciar os processos estabelecidos, servindo como fonte de informações para avaliar a qualidade de atenção e propiciar melhorias.

Segundo Sá *et al* (2008), o prontuário do cliente é um valioso instrumento de trabalho utilizado pela equipe multidisciplinar do PSF, pois toda a história patológica do usuário é registrada nele, a partir das consultas realizadas na USF. Assim, o prontuário do cliente corresponde a um conjunto de documentos e informações referentes à sua doença, transcritos de modo claro e conciso, devendo

conter os dados necessários à correta identificação, além de resultados de exames, relatórios e pareceres relevantes para a tomada de decisões pelos profissionais de saúde frente a situação do cliente.

Durante entrevistas com os ACS da ESF2, em algumas falas, evidenciamos a utilização do prontuário como instrumento de coleta de dados, como fica claro nos excertos que seguem.

*Eu sou acostumada a pegar só do hipertenso, geralmente a gente vai na casa e chega lá o hipertenso não tá com a receita, a gente volta na unidade pra saber que remédio ele toma, o dia da consulta, porque, geralmente, ele não sabe, não lembra, e não tá com a receita mais, aí eu pego os dados do prontuário pra completar a ficha do hipertenso. (Entrevista **ESF2- ACS4**)*

*Nós pegamos do prontuário a medicação, a gente só mexe mesmo pra pegar as medicações e às vezes eles não têm a receita pra mostrar pra gente, só pegam os comprimidinhos e eu não tenho ainda tanta experiência, eu venho aqui na unidade e pego direto com anotação que a doutora e a enfermeira faz na ficha dele, também aproveito pra pegar a pressão. (Entrevista **ESF2- ACS1**)*

Por outro lado, evidenciamos que alguns ACS têm grande resistência em utilizar os prontuários para coleta de dados.

*Assim, no caso da visita, pego com o familiar ou então a gente tem aquele cartãozinho e tem a medida, o valor da pressão. Não cheguei a pegar as informações do prontuário. (Entrevista **ESF2- ACS3**)*

*Isso agora é um problema, porque eles sempre esquecem quanto que tá sua pressão e eles estão todos sem cartão, então fica difícil de eu tá tendo esse dado aí tem que tá mexendo no prontuário e eu não gosto de tá mexendo no prontuário, então a maioria da minha ficha B de hipertenso fica sem por causa disso. (Entrevista **ESF2- ACS5**)*

*Porque existe uma norma que a gente não mexe, só o administrativo. (Entrevista **ESF2- ACS6**)*

As falas apresentadas demonstram que os entrevistados, via de regra, evitam coletar dados do prontuário do paciente, apesar de alguns o utilizarem como fonte complementar para os seus registros.

Guedes (2007), em sua dissertação de mestrado sobre a informação na atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro, ao abordar o registro de informações nos prontuários identificou que, o apontamento de informações no prontuário individual é feito pelos profissionais das equipes: médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem porém, quando se trata do ACS o mesmo não ocorre. Ainda nesse estudo, em algumas equipes os ACS registram as informações de usuários no prontuário familiar, mas não têm acesso aos prontuários individuais. Para esta autora, a falta de acesso aos prontuários interfere no cuidado prestado ao indivíduo e suas famílias, e o registro das informações das famílias em locais inadequados pode acarretar em problemas éticos graves, visto que pessoas não pertencentes a equipe de saúde podem ter acesso a informações sigilosas, que muitas vezes circulam com os ACS no trajeto trabalho-casa.

Pesquisa realizada por Coimbra (2007) apresenta uma reflexão acerca da utilização do prontuário do paciente pela equipe, no sentido de ressaltar que, em função deste conter informações fundamentais para o desenvolvimento do cuidado integral, como a história de saúde-doença do sujeito, anamnese, hipótese diagnósticas, diagnósticos confirmados, prescrições de todos os profissionais que atendem o usuário e plano terapêutico individual, a falta de registros e a restrição do acesso ao prontuário pelos ACS compromete a integralidade do cuidado, devido a possibilidade de ocorrer descompasso entre as informações do prontuário e as relatadas pelo ACS.

De acordo com Francisconi e Goldim (1998), as informações fornecidas pelos usuários, quando atendidos em hospital, posto de saúde ou consultório privado, assim como os resultados de exames e de procedimentos realizados com finalidade diagnóstica e terapêutica são de sua propriedade. Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde e trabalhadores do serviço administrativo que entram em contato com as informações têm apenas autorização para o acesso às informações em função de sua necessidade profissional, o que não lhes dá direito de usá-las livremente.

Por outro lado, Fortes e Spinetti (2004), em estudo sobre a privacidade das informações dos usuários utilizadas por agentes comunitários de saúde, ao abordarem o que pensam gerentes de serviços de saúde e profissionais de saúde demonstraram a existência de preocupações e dúvidas quanto à atitude dos ACS que atuam em suas equipes, no que diz respeito à garantia do direito à privacidade das informações dos usuários, sugerindo que limites devam ser estabelecidos para o ACS com relação ao acesso a determinadas informações pessoais dos usuários, como as que se referem ao diagnóstico das doenças, sobretudo as que podem trazer algum grau de estigmatização e/ou discriminação negativa para os usuários na comunidade, como nos casos de sorologia positiva para HIV/AIDS e transtornos mentais. E concluem que os diagnósticos devem ser objeto de conhecimento dos profissionais de saúde.

Segundo esses autores, o direito do usuário à privacidade deriva do dever da manutenção do segredo por todos os membros da equipe, sendo sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas todas aquelas que a equipe de saúde descobre no exercício de sua atividade profissional, uma vez que seu dever é manter o segredo de informações enquanto obrigação ética dos profissionais, técnicos, auxiliares, corpo técnico e administrativo e dos próprios ACS.

5.2.3 Atualização dos dados disponíveis no SIAB

Entre as duas ESF que participaram deste estudo existem diferenças nos processos de atualização dos dados no SIAB, em função de uma das unidades dispor de recurso tecnológico, ou seja, uma das equipes tem entre seus equipamentos um computador com o sistema de informação e a outra não possui tal recurso.

Em função de não haver o sistema informatizado do SIAB disponível na ESF2, a atualização das informações das fichas do SIAB são realizadas via SMS, com remessa mensal dos relatórios do SIAB através dos formulários para a SMS, onde são inseridos os dados no sistema do SIAB principal.

Durante o período de observação constatamos que, a efetivação de cadastros novos e, a exclusão de famílias deixaram de pertencer a área adscrita não são atualizados mensalmente, conforme mostra o relatório de observação.

As fichas, relatórios e cadastros de famílias novas e para a exclusão são passadas para o trabalhador administrativo, esse, repassa para a SMS, e ao ser indagado quanto ao fato de não haver computador na unidade relata que: “Esta em conserto há mais de um ano, havendo muita demora em atualizar as famílias”. (Relato de observação , 01/09/2009, ESF2)

Assim, constatamos que no que diz respeito à atualização dos dados na ESF1, que possui o sistema informatizado na unidade, não há problemas quanto a atualização das famílias no SIAB (cadastros e exclusão), conforme discurso da digitadora.

Olha eu trabalho com doze ACS, o certo seria a cada 15 dias, mas como eu trabalho com 12 ACS, então eu faço pelo menos uma vez por mês”. [...] então quer dizer, a atualização do SIAB uma vez já colocado dentro não é difícil, agora a cada 15 a 20 dias eu sento com elas, aí eu passo família por família só para conferir se continua a mesma família, a mesma pessoa, mas a atualização é mais isso daí mesmo. (Entrevista ESF1- DIG)

Conforme relato, da digitadora, a atualização das famílias no sistema é realizada de forma fácil e rápida, apesar de ser a responsável pela digitação dos dados das duas equipes que ocupam a estrutura física da unidade. Entretanto, ao atualizar os dados referentes aos relatórios dos SIAB para envio a SMS, constata-se que esses dados não são compatíveis com os dados constantes dos relatórios disponíveis nos formulários impressos, conforme excertos que seguem.

E eles, a SMS comparam. Porque muitas vezes eles me ligam e falam assim: no disquete, acompanhado hipertensos tá 59 e aqui no papel tá 20 quem, tá certo? Entendeu. Muitas vezes a equipe me dá o papel, beleza eu digito, vai lá pra frente pra mandar na pasta, aí às vezes o enfermeiro, às vezes lembra alguma coisa e vai lá e corrige na pasta, mas não tem mais como corrigir comigo porque já foi o disquete, então eles ligam pra tirar a dúvida, nós tivemos inclusive até reuniões por causa disso, no papel ia uma coisa e no disquete ia outra e isso não pode acontecer, tem que se trabalhar unido, todo mundo tem que falar uma língua só, não pode corrigir o papel lá na frente sem avisar o digitador e aí o digitador tem que corrigir. (Entrevista ESF1- DIG)

Nessa fala fica evidente a existência de problemas de comunicação entre os membros da equipe, prejudicando a alimentação do sistema, tendo em vista a incompatibilidade entre os dados inseridos no banco de dados e os disponíveis nos relatórios, gerando, por conseguinte, informações nem sempre fidedignas.

Mendonça e Madacar (2008) em estudo cujo objetivo foi identificar a utilização de informações geradas pelos Sistemas de Informação para o planejamento das ações do PSF, por gestores da Atenção Básica da SMS do município de Porto Alegre/RS, evidenciaram a desatualização de dados, e a ausência de regularidade na inserção desses nos sistemas de informação (em especial o SIAB), sendo observado que os dados estavam registrados nas fichas (formulário impresso), mas nem todos encontravam-se digitados no sistema, demonstrando a má utilização das ferramentas do SIAB.

A utilização das ferramentas disponíveis para a operacionalização do SIAB requer o envolvimento de todos os membros da ESF, neste sentido, Gomes (2007) afirma que, a prática do trabalho em equipe é concebida como união de esforços para alcance de um objetivo comum, sendo para tanto necessária a utilização de alguns instrumentos de trabalho como, a linguagem comum, a compreensão e a disponibilidade, elementos que contribuem para que todos os envolvidos acreditem na importância daquilo que estão fazendo e estabelecendo efetivo envolvimento com a realização da tarefa.

Sendo assim, pode-se considerar que, a concretização do trabalho em equipe entre membros de ESF favoreceria não apenas a utilização das ferramentas disponíveis do SIAB, mas possibilitaria a sua implementação de forma a traduzir os dados levantados junto a população adscrita em informações a serem utilizadas pelas equipes nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde.

5.2.4 Os dados levantados para o SIAB não são discutidos coletivamente pelas ESF

A PNAB (BRASIL, 2007b) ao definir as atribuições comuns a todos os profissionais da ESF aponta, como fundamental, a participação de todos os membros da equipe nas atividades de planejamento e avaliação das ações em saúde, a partir da utilização dos dados disponíveis nos Sistemas Nacionais de Informação da Atenção Básica e da garantia da qualidade do registro das atividades.

Neste estudo constatou-se que, nas duas ESF os dados do SIAB são discutidos mensalmente, durante o fechamento dos relatórios, com a participação dos ACS, médico e enfermeiro, sendo que os demais integrantes da equipe não participam do processo.

Durante o processo de fechamento e consolidação dos dados do SIAB pelas ESF não houve discussão quanto à qualidade da coleta e registro dos dados, bem como não aconteceu a análise entre os membros da equipe. As ACS informavam os dados e a enfermeira preenchia a SSA2. Observei a ausência dos técnicos de enfermagem durante o fechamento e consolidação dos dados e, embora o médico estivesse na sala com os ACS e a enfermeira, não houve sua participação quanto à indagação de algum dado colhido pelas ACS. (Relato de observação, 16/07/2009, ESF1)

(...) a gente tem o dia estipulado pela secretária para fazer esse fechamento, então a gente pega todas as agentes, senta, vê quais foram as visitas, quantos nascidos no mês, como que tá o aleitamento, as vacinas, peso, as gestantes cadastradas também é contemplado, as que são cadastradas por elas e que são

*acompanhadas na unidade, o diabético, hipertenso, tuberculose cadastrados, óbitos e hospitalizações de cada microárea, que a gente fecha nesse relatório mensal. (Entrevista **ESF1- ENF**)*

*É assim, a cada trinta dias a enfermeira se reuni com os agentes de saúde, existem duas fichas - a SSA2 e a PMA2 - a SSA2 é a que a agente de saúde de sua área fez naquele mês (...) a enfermeira reúne com as seis agentes de saúde e cada uma fala de sua microárea. (Entrevista **ESF1- DIG**)*

*No dia do fechamento dos relatórios a gente tem que tá com os dados tudo em mãos, um dia antes, e aí a gente fecha com a enfermeira, reúne com todo mundo, a equipe toda, e aí a gente senta e vamos fechar os relatórios assim, mas os dados são concluídos tudo um dia antes. Quando a gente fecha o relatório a gente tá com a equipe toda lá dentro, então lá a gente pode discutir tudo o que ta acontecendo na unidade e então a gente passa, e aí depois a gente vai trabalhar em cima daquilo que está faltando pra melhorar. (Entrevista **ESF1- ACS2**)*

*Durante a realização da entrevista com a ACS2 da ESF1 ao ser indagada sobre o que seria o fechamento do relatório com toda a equipe, a mesma disse que: “É o fechamento com todas as ACS, com a enfermeira e o médico”. (Relato de observação, 21/07/2009, **ESF1**)*

Embora a enfermeira da ESF1 tenha conhecimento da maioria dos dados informados pelos ACS a respeito de pacientes faltosos e dos que não aderiram ao tratamento de qualquer morbidade, durante o processo de fechamento e consolidação dos dados do SIAB pela ESF, não houve discussão quanto à qualidade da coleta e registro dos dados, bem como, não foi feita a análise dos dados levantados com a equipe.

Na ESF2, durante o processo de fechamento dos relatórios do SIAB a enfermeira reúne com cada ACS, separadamente, conforme discursos a seguir.

Uma vez por mês a gente tem a data especificada pela secretaria para o fechamento do relatório, e aí eu me reúno individualmente com cada agente comunitário e a gente faz um trabalho de rever com cada um - ficha por ficha, e conforme a gente vai olhando na ficha, por exemplo, a ficha da criança, a ficha da gestante, eu vou passando essas informações para o SSA2 e depois de feito o SSA2 eu junto com as Fichas D, tanto da enfermeira, da médica e do

*técnico de enfermagem e termino o fechamento do PMA2. (Entrevista **ESF2**- ENF)*

*Depois que a gente faz o fechamento individual, e aí quando eu vou fazer o condensado, passar para o PMA2 eu revejo novamente, se tenho dúvidas, eu converso novamente com as agentes comunitárias pra gente rever essa questão, se ficou alguma coisa pendente, nesse mesmo dia elas me trazem a resposta, se ficou algum caso pendente pra gente poder tá incluindo os dados no relatório. (Entrevista **ESF2**- ENF)*

Durante o fechamento dos relatórios, a enfermeira da ESF2 acompanhava lendo todas as fichas dos ACS, cartões sombra de vacina, além de indagar quanto aos pacientes faltosos, vacinas em atraso e dúvidas em relação às variáveis das fichas, conforme relatos de observação.

*A enfermeira começa a análise com os cartões sombra de vacina das ACS, observando se a vacinação está em dia, mas sem olhar a curva de peso. Em uma das observações da enfermeira, a ACS possuía três crianças com vacinas em atraso e ao detectar essa problemática, indagava com a ACS a situação e traçava estratégias para resolução do problema deixando agendada visita domiciliar. (Relato de observação, 15/10/2009, **ESF2**)*

*A enfermeira analisava a SSA2 do mês anterior para comparação com os relatórios do mês que está fechando com as ACS. (Relato de observação, 15/10/2009, **ESF2**)*

*A ACS havia completado os dados referentes à internação do mês, e a enfermeira os analisou para posteriormente anotar na PMA2. (Relato de observação, 15/10/2009, **ESF2**)*

Durante o período de observação percebemos o esforço da enfermeira para realizar o fechamento do relatório, individualmente, com as ACS, objetivando com isso revisar todas as fichas do SIAB para sanar as dúvidas e discutir os dados apresentados pelas ACS, fato esse extremamente positivo no sentido de realizar o tratamento dos dados, melhorando dessa forma, a qualidade das informações produzidas pela equipe. Porém, a inexistência da discussão em equipe, acerca desses dados, induz a não participação dos integrantes da ESF durante o processo de planejamento, programação e avaliação das ações. Neste sentido,

identificamos a fragmentação do trabalho, ou seja, os dados são discutidos individualmente e não coletivamente.

Durante o processo de fechamento e consolidação dos dados do SIAB pela ESF não houve discussão quanto à qualidade da coleta e registro dos dados, bem como, sua análise em equipe ocorreu sem a participação dos técnicos de enfermagem. Apesar da ausência da médica justificar-se pelo fato dela encontrar-se de licença, via de regra, também não há sua participação durante o processo de fechamento e consolidação dos dados, segundo informações colhidas. (Relato de observação, 15/10/2009, ESF2)

Estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF revelam a ausência de responsabilidade coletiva pelo trabalho, baixo grau de interação entre as categorias profissionais e que, apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro (PEDROSA e TELES, 2001).

Por outro lado, Peduzzi (1998) enfoca a importância da participação de todos os membros da equipe multiprofissional nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; partilha de decisões; reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho, visando à construção da interface entre interação e o trabalho.

Ribeiro *et al* (2004: 444) alegam que, o trabalho em equipe de modo integrado conecta os diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento acerca do trabalho do outro e na valorização da participação desse na produção de cuidados. Assim, os autores afirmam que trabalhar em equipe significa “construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los”.

5.2.5 Participação do conselho gestor na discussão das informações

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90 (BRASIL, 1990) definem o arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde e expressam a ideologia da participação comunitária no SUS.

Segundo Pestana *et al* (2007), o Conselho Gestor é a instância de participação e de decisão mais próxima dos usuários do SUS. É a instância, onde deve ser discutido e decidido o cotidiano dos serviços ali demandados, oportunizando a participação dos segmentos organizados da comunidade na definição e operacionalização da política de saúde em nível local.

Neste sentido, Gohn (2003, p. 35) salienta que “o poder local é sinônimo de força social organizada como forma de participação da população, na direção do que tem sido denominado ‘*empowerment*’ ou ‘empoderamento’ da comunidade”. Desta forma, não se tem apenas a possibilidade de democratizar as decisões, mas a oportunidade concreta de que as reais necessidades da população sejam ouvidas e atendidas.

O Conselho Gestor na USF é um espaço que comporta grupos organizados da comunidade e do Estado de maneira a propiciar o debate dos problemas coletivos, procurando democratizar as unidades da saúde da família através do acesso às informações e a oportunidade de participação na construção do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS (PESTANA *et al*, 2007).

Relato dos profissionais de saúde que participaram deste estudo, apontam para a existência de significativa participação desse Conselho Gestor nas reuniões com as equipes para discussão das informações de saúde e planejamento das ações.

Olha essa última avaliação da qual eu participei nessa equipe, o Conselho da comunidade teve uma representante que participou da reunião pra tá conhecendo os dados, não teve outras representações. (Entrevista ESF2- ENF)

*Às vezes a gente chama o pessoal do Conselho Gestor pra reunião pra ta passando esses dados pra eles, porque é um conjunto, eles também ajudam pra ver o que a gente pode ta fazendo com a comunidade. (Entrevista **ESF2-** ACS5)*

*Nós estávamos fazendo através do Conselho Gestor, esse mês a gente não reuniu ainda, a gente até começou a fazer o planejamento junto, colocava os dados, o que tinha acontecido mais na unidade, gravidez na adolescência. Estou até com um projeto de trabalhar junto com a menina da favela ativa, pra mim ler junto com a equipe, que a gente tem quase 50% de gestantes menores de 20 anos, mostrados através de relatórios do SIAB. a gente ta tentando trabalhar com a comunidade, e esses dados são repassados através do Conselho Gestor para ver quais são as atividades que a gente pode ta fazendo com os adolescentes. Começamos fazer isso no Conselho Gestor para ver os problemas mais comum que acontece aqui. (Entrevista **ESF1-** ENF)*

Independente da participação ativa do Conselho Gestor, os profissionais afirmam que, a comunidade não tem participado das reuniões realizadas com a ESF e com o Conselho Gestor.

*Nessa última (reunião) desse ano a gente chamou o Conselho Gestor pra discutir junto, em outras a gente já chamou o pessoal da comunidade, mas nem todos, a nossa comunidade infelizmente tem muita dificuldade em participar, então mesmo do Conselho Gestor veio dois membros só. Já teve outras épocas com Conselho Gestor mais participativo que nós levamos a reunião do Conselho e discutimos, era um Conselho bem participativo. Agora nós temos muito mais dificuldade que as pessoas queiram discutir, tenham interesse, a gente convida mais não vem, tem um ou dois, mais a gente convida o Conselho Gestor e não a comunidade como um todo. (Entrevista **ESF2-** MED)*

*De vez em quando tem reunião do Conselho Gestor que passam algumas informações lá... a médica que tava aí já foi na reunião junto com a gente, a enfermeira sempre vai, aí passam alguma informação né pra pessoas da comunidade, mas não é todas que vão, que tem interesse. (Entrevista **ESF1-** ACS6)*

Crevelim e Peduzzi (2005), em estudo sobre a participação da comunidade na equipe de saúde da família, fazem uma reflexão acerca de formas para estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários, e ressaltam que,

em grande parte, a comunidade está ausente do processo de tomada de decisões da equipe de saúde, fazendo com que a mesma sinta-se isolada nesse processo, conforme relato das autoras.

Observa-se que, no espaço não institucionalizado da participação da população no interior da equipe, ou seja, na relação direta e cotidiana do usuário e serviço e do usuário e trabalhador, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou seja, no plano assistencial e na construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população (CREVELIM E PEDUZZI, 2005: 330).

Segundo os discursos dos profissionais, além do destaque quanto ao envolvimento do Conselho Gestor nas reuniões de planejamento, programação e avaliação das ações, deve-se considerar a ausência da comunidade nestas reuniões, uma vez que, deve haver o envolvimento do usuário e do Conselho Gestor, demonstrando o reconhecimento de que as práticas de saúde devam ser construídas de forma coletiva.

5.2.6 Utilização das informações do SIAB pelas ESF

Vários membros das ESF que participaram deste estudo ao serem indagados sobre a utilização do SIAB para o diagnóstico e planejamento das ações referiram utilizar os dados do SIAB para tal.

Baseado nos dados das fichas a gente tenta corrigir os problemas encontrados, por exemplo, gestantes abaixo de 15 anos aumentou, vamos querer saber o porque que isto está acontecendo e fazer um trabalho quanto a isso. Hipertenso tem um monte de hipertenso com a pressão alta não tratada, vamos fazer um trabalho quanto a isso. Mas falta material humano para atender tudo isso, médico é só um, ou eu atendo aqui ou vou trabalhar na rua, mas é em cima

*dos dados que são feitos os planejamentos. (Entrevista **ESF1-MED**)*

*Porque é através dos dados do SIAB que a gente pode fazer o trabalho na unidade. Muitas vezes a gente até planeja, mas a secretaria não disponibiliza os meios né pra esse planejamento. (Entrevista **ESF1- ACS2**)*

*Planeja sim, através desses dados que a gente vai na busca ativa que é o trabalho do ACS buscar. A gente vai atrás, faz a busca ativa e faz o trabalho e trás pra unidade. (Entrevista **ESF2- ACS2**)*

*É feito um levantamento desses dados onde a nossa equipe discute e vê qual está sendo a maior necessidade da nossa comunidade. No caso de hipertenso, das adolescentes gestantes ou no caso da desnutrição aí é levantadas as ações. (Entrevista **ESF1- ACS5**)*

*Olha como a gente vai fechando os relatórios, a gente vai vendo o que aconteceu mais naquele mês, aí a gente vai comparando os dados que nós temos como meta e a gente vai ver que nós temos tantas crianças, porque estão sem pesar, aí a gente vai fazendo alguns questionamentos que esses dados vão servir pra gente fazer alguma ação para mudar o que tá acontecendo. Número de hipertenso tá pouco pra quantidade? Então o que nós vamos fazer? Fazer visita? Vamos intensificar a busca ativa pra descobrir novo caso de hipertenso? No caso do hipertenso, a gente tá fazendo busca ativa na comunidade das pessoas que não comparecem. (Entrevista **ESF1- ENF**)*

*São realizados sim, mesmo eu estando a três ou quatro meses nessa equipe, nesses meses que eu estou aqui já foi feito uma avaliação das metas, inclusive um dado que ficou em minha mente, foi a baixa captação precoce de gestantes no primeiro trimestre, então assim, a gente sabe que agente tem que ter um trabalho mais intensificado nessa parte aqui. É feito semestralmente aqui, nós fazemos essa avaliação e encaminhamos ao município. (Entrevista **ESF2- ENF**)*

De acordo com os depoimentos de um profissional médico e algumas ACS, a falta de recursos humanos e de condições para a realização do trabalho com a comunidade, como a disponibilização de recursos materiais, prejudicam a realização das ações pela equipe.

Estudos apontam que, em relação ao trabalho dos médicos na ESF, ocorre pequena participação desse profissional nas ações coletivas da equipe, pois se sentem sobrecarregados com o grande número de consultas individuais. A

organização do trabalho acarreta falta de tempo para realização de outras atividades como: visitas domiciliares, reuniões de equipe e ações de vigilância (CAPAZZOLLO, 2003; RIGOBELLO, 2006).

Considerando que a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização do modelo assistencial do setor saúde, com ênfase na prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, é de fundamental importância para a reversão do modelo atual, a criação de novas formas de organizar o trabalho das equipes.

Contudo, a observação do cotidiano do trabalho das ESF estudadas possibilitou a constatação de que, a prática assistencial com ênfase no atendimento individual e na doença, continua sendo realizada sem que ocorra a valorização de práticas preventivas, com elevado número de consultas médicas, tendo em vista que a própria população solicita esse tipo de atendimento.

Apesar da maioria dos profissionais referirem-se ao uso das informações do SIAB como ferramenta no processo de planejamento das ações da equipe, percebemos que ainda existem profissionais que desconhecem essa utilidade do sistema.

*Quando eu era ACS, a gente passava informação de tudo que fazia na nossa área, assim, eu como agente mesmo era muito difícil a gente saber como tinha ido a campanha de vacina, a consulta de hipertenso, agora como agente administrativo eu já vejo com outro lado, a CABS manda a quantidade de hipertenso, diabético, a nossa meta, agora eu sei que elas existe, antes eu não sabia. A gente fazia um levantamento, reunião mesmo foi feita algumas vezes de hipertensos, mas assim nem todos compareciam. Se tinha quarenta e cinco aparecia vinte e aquele outro mês seguinte que tinha reunião aparecia cinco, aí acabava também. Na reunião era colocado que a área de fulano tinha mais hipertenso, mas ficava só no papel mesmo, mas não saia dali. (Entrevista **ESF2- ACS6**)*

Segundo essa depoente, ex-ACS e atualmente na função de agente administrativa, enquanto desempenhava a função de ACS não tinha conhecimento das informações advindas da Coordenadoria de Atenção Básica (CABS) referentes

aos relatórios do SIAB e metas a serem alcançadas pela equipe, mas a partir do momento que passou a atuar como agente administrativo da USF tomou ciência de tais informações.

No trabalho da ESF é importante a definição de papéis para que não haja centralização do trabalho em um só indivíduo, sendo necessária a disposição, por parte de todos os membros da equipe, em compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e também resultados (FRANCISCHINI *et al* 2008).

A dificuldade em compartilhar as informações com a equipe pode ser percebida no discurso de um dos médicos que participou deste estudo, que relata “fechar os relatórios” com os alunos de medicina mensalmente e utilizar os dados para o planejamento e avaliações das informações do SIAB.

*Pelo menos eu, pessoalmente com os alunos, a gente fecha todo mês, eu já ponho do lado uma avaliação, mas eu acho que de mês a mês não adianta avaliar, pelo menos de seis em seis meses com toda a equipe, todo ano é fechado o relatório da equipe toda, até está lá em cima todos os dados com as nossas estratégias para mudar as coisas, a gente já começou a fazer em relação ao ano passado, então a gente fecha e discute as coisas que não deram certo. (Entrevista **ESF2- MED**)*

Para este profissional a avaliação das ações deve ser realizada semestralmente, o que se concretiza no cotidiano da equipe, não ocorrendo o compartilhamento das avaliações que são realizadas com os alunos em estagio na equipe.

Vale salientar que, as reuniões semanais das equipes concentram-se nas soluções dos problemas de natureza administrativa, sendo coordenadas pela enfermeira, que contempla alguns problemas relativos à organização interna do trabalho, surgidos durante a semana, e socializa informações advindas da Diretoria de Atenção Básica da SMS (DAB/SMS). Consideramos que tais reuniões deveriam configurar-se como um espaço de elaboração coletiva do planejamento e avaliação do impacto das ações, não se restringindo somente ao repasse de informações.

Frente aos dados expostos fica evidente a contradição apresentada pelas ESF, uma vez que, por um lado os dados do SIAB não são discutidos

coletivamente pelas equipes e por outro afirmam que utilizam as informações para o planejamento das ações de forma não sistemática, sem discutir o significado das informações e as repercussões das estratégias enfrentadas.

Autores como Archetti (2002), Laprega e Silva (2005), Barbosa (2006), Bergo (2006), em seus estudos acerca do SIAB, apontam a não utilização ou utilização deficitária dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica pelas ESF para o planejamento das ações.

Com vistas a oferecer elementos para reflexão sobre a utilização dos dados do SIAB pelas ESF aqui analisadas, apontamos o estudo de Silva e Trad (2005) que teve como objetivo identificar evidências de articulação entre ações e interação dos profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum, sendo que as autoras avaliam que o planejamento das ações se concentravam nos profissionais de nível superior, o que possibilitava a constatação de que, as decisões não têm sido compartilhadas no momento de concepção do trabalho, comprometendo a construção de um plano comum, por pressupor a participação de todos os membros da ESF durante o planejamento, programação e avaliação das ações.

5.2.7 Retroalimentação deficitária do SIAB

De acordo com Ferla *et al* (2002), existe a necessidade urgente de descentralizar a gestão da política de informações dos serviços de saúde, garantindo aos gestores do SUS, nas três esferas de governo, as informações necessárias e suficientes para implementação do planejamento e tomada de decisões relativas às ações de saúde, o que é compatível com as disposições legais do SUS.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2007b) cabe aos municípios consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e

da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos.

Com relação à retroalimentação do sistema, inúmeras foram as queixas dos profissionais de saúde relativas à deficiência do retorno das informações pela SMS, conforme os excertos.

*Retorno em forma de boletim não, eu participei de uma reunião há dois meses e nessa foi passado alguns dados gerais de cada unidade, referente ao primeiro trimestre de 2009, foi só mostrado naquele dia e não foi, infelizmente, encaminhado pra gente fazer esse acompanhamento e o que eu tenho visto, e o que chegou pra mim até o momento, foi o retorno referente à vacina. (Entrevista **ESF2- ENF**)*

*Eu já vi em forma de circular, parabenizando, chamando a atenção para algum dado. (Entrevista **ESF2- ACS3**)*

*Vem em forma só de boletins internos, só no que diz respeito a metas a serem cumpridas, metas que diminuiram que aumentaram. (...) esses dados para voltar demoram muito, a gente manda para secretaria e não tem esse feedback, eles mandam ou demoram muito para mandar, ou vem com outras fichas. (Entrevista **ESF1- MED**)*

*Repassa sim... Inclusive se tem alguma coisa que tá alterada e que não é pra tá nesse nível, eles já falam, já ligam e falando pra enfermeira: “olha sua gestante menor já tá alterada, você tá precisando de mais diabético... tá pouco vai procurar... hanseníase tem que procurar mais...” Eles sempre têm um retorno assim, então tão sempre de olho. (Entrevista **ESF1- ACS1**)*

Como é possível constatar, grande parte dos entrevistados relata ser deficitário o retorno das informações por eles produzidas e quando isso acontece, ocorre sob forma de circular com o objetivo de dar ciência às ESF sobre a cobrança dos gestores, visando o monitoramento das ações realizadas pelas equipes.

Estudo sobre a utilização das informações geradas pelos Sistemas de Informação para o planejamento das ações do PSF apontou a ausência de definição do fluxo de informações e sua centralização, como pontos mais significativos, uma vez que, a informação seguia uma única direção: do PSF para a SMS, não havendo repasse dos resultados do trabalho efetivado pelas equipes para

retroalimentar o planejamento e avaliação das ações (MENDONÇA e MADACAR, 2008).

Contudo, nas falas dos profissionais são relatados avanços no processo de retorno das informações para as ESF.

*Olha no início esses dados eram meio problemático, mas agora eles estão querendo trabalhar justamente com os dados, já veio a menina responsável pela saúde da mulher, sentou com toda a equipe. Os dados estão retornando com mais rapidez, mês passado tivemos reunião e esse mês tem outra reunião de planejamento. Os dados estão sendo trabalhados em cima das metas que cada unidade produziu em 2008. (Entrevista **ESF1**- ENF).*

*Geralmente no final do ano eles mandam sempre os relatórios dos atendimentos, de CCO quantos foram realizados. Sempre no final do ano a gente tem esses dados. (Entrevista **ESF1**- ACS5)*

Embora no Município de Cuiabá algumas USF possuam o computador e o sistema do SIAB disponíveis, fato que potencialmente deveria agilizar o processo de consolidação e análise das informações, é fundamental que os gestores municipais atuem como cooperadores técnicos, analisando os dados e informações de saúde, e retornando as informações devidamente consolidadas para o nível local que gerou os dados primários, servindo como estímulo para seu envolvimento e compromisso com a qualidade da assistência prestada à população.

É preciso ter a clareza de que, o retorno das informações para o nível local é positivo na medida em que se consolidam as relações entre as diferentes esferas de governo (local e municipal), priorizando a sistematização e discussão dos dados de forma que possam subsidiar a análise das informações pelas equipes de saúde que as produziram.

5.3 Limitações e potencialidades do uso do SIAB pelas ESF

Esta categoria é composta por três grandes eixos temáticos: infraestrutura inadequada como elemento que gera dificuldades para o trabalho das equipes; limitações das fichas de levantamento de dados que dificultam o seu adequado preenchimento e limitações do sistema que geram duplicidade e divergência de dados. Também são destacadas as potencialidades do SIAB elencadas pelas equipes, sendo implementada a análise acerca da repetição da coleta de dados relativos às variáveis comuns a diversos SIS da atenção básica, como o Hiperdia, SISPRÉNATAL e SISVAN.

5.3.1 Infraestrutura inadequada dificulta o trabalho de produção de dados e informação das ESF

Durante o trabalho de campo foi possível observar que, a estrutura física das unidades estudadas não dispõe de um local apropriado para reunião das ESF e fechamento dos relatórios dos diferentes profissionais. Para o processo de fechamento, consolidação e análise dos dados entre os ACS, nos relatórios, que é realizado conjuntamente com o médico e a enfermeira, o grupo faz uso do espaço da recepção das USF, conforme relatos de observação:

A ESF1 está instalada em imóvel próprio, com bom estado de conservação, a unidade de saúde é composta por duas ESF, com alguns espaços de utilização conjunta como, a sala de espera, farmácia, sala de curativos, sala de vacina, sala de digitação, cozinha e expurgo. Os ambientes próprios da ESF1 são a recepção, dois consultórios amplos (médico e de enfermagem), sendo que o consultório da enfermeira também é usado como sala de reuniões e fechamento dos relatórios do SIAB com as ACS. Na recepção ficam os arquivos contendo os dados de cada microárea como os prontuários, ficha A, relatórios de consolidação e avaliação de dados (ficha D, SSA2 e PMA2).(Relato de observação,06/07/2009,ESF1)

A ESF2 está instalada em uma casa alugada, tipo sobrado, em razoável estado de conservação. No piso inferior da casa funciona a recepção, sala de vacina, sala de curativos (com expurgo),

farmácia e um banheiro que funciona como arquivo morto. Na recepção ficam os arquivos contendo os dados de cada microárea como prontuários, ficha A, relatórios de consolidação e avaliação de dados (ficha D, SSA2 e PMA2). Há uma divisória na recepção onde funciona a farmácia sem ventilação e os medicamentos são estocados de forma incorreta, além do alto fluxo de entrada e saída de pessoas, O banheiro na recepção serve como arquivo morto. As ACS desta unidade também fazem uso da recepção para o fechamento dos relatórios. No piso superior estão dois consultórios (médico e de enfermagem), sendo que a enfermeira, além das consultas, faz uso do consultório para o fechamento dos relatórios do SIAB com as ACS. Ainda neste andar, há a sala de espera, a cozinha e um banheiro. Na sala de espera são realizadas semanalmente reuniões com a equipe. (Relato de observação 31/08/2009 ESF2)

Segundo o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família (BRASIL, 2008), para otimização da realização das ações de atenção à saúde é importante que o projeto arquitetônico considere o processo de trabalho e os fluxos de pessoas dentro e fora da unidade, já que a ambiência de uma unidade básica de saúde deve proporcionar uma atenção acolhedora e humanizada, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários.

Contudo, este estudo constatou que a infraestrutura inadequada das USF influenciam diretamente no processo de produção de dados e na análise das informações pelas equipes, uma vez que, não possuem um ambiente propício para realização deste trabalho.

Em conversa com a enfermeira, ela queixou-se da estrutura da recepção, afirmando que: “a recepção aqui é multiuso, funcionando também como minha sala e dos ACS”. (Relato de observação, 31/08/2009, ESF2)

Durante o trabalho de campo na unidade da ESF1 constatamos que o local de trabalho da digitadora era insalubre, pois não dispunha de ventilação adequada, com aumento significativo da temperatura no período vespertino, razão pela qual o computador era mantido desligado, evitando sua utilização neste período.

A sala da digitadora é pequena, quente e sem ventilação (não possui ar condicionado). Não há nobreak e a impressora não consegue imprimir os relatórios do SIAB (a impressora não capta os arquivos do SIAB), quando necessitam de dados, tem que passar manualmente para o papel. Embora a SMS tenha instalado o

suporte para internet a unidade ainda não dispõe do acesso. (...) No período vespertino o computador permanece desligado devido ao aumento de temperatura ambiente. (Relato de observação, 06/07/2009, ESF1)

De acordo com o manual de estrutura física das USF, a ventilação adequada é imprescindível para a manutenção da salubridade nos ambientes da UBS. O manual recomenda que todos os ambientes disponham de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar (BRASIL, 2008).

Pesquisa sobre a avaliação do PSF em 21 municípios dos Estados da Bahia, Sergipe e Ceará revelou que, em apenas quatro, a estrutura física da unidade era adequada, resultado da construção e/ ou reformas das unidades dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde, nos demais municípios, a maioria das unidades funcionava em imóveis alugados e com estrutura física inadequada para o trabalho das equipes (ROCHA et al, 2008).

Estudo realizado sobre os fatores de sobrecarga de trabalho e estresse dos ACS durante o desenvolvimento de suas atividades na comunidade e em unidades de saúde da família, do município Balneário Barra do Sul/SC, evidenciou como prejudicial os fatores físicos e ambientais, considerando que a maioria dos entrevistados afirmou que nas USF não havia lugar próprio para realização de suas anotações (SIMÕES, 2009). O mesmo estudo mostrou que, muitos municípios fazem a instalação das USF em locais inapropriados e com estrutura improvisada, não havendo espaço físico disponível para realização do trabalho interno do ACS, pois possuem salas pequenas e mal distribuídas, e como coletam informações durante suas visitas, necessitam de um local para análise dos dados coletados, pois essa é uma atividade essencial para subsidiar o planejamento de saúde local.

5.3.2 Limitações das fichas dificultam o seu preenchimento

Como discutimos anteriormente, o preparo dos ACS é insuficiente para a utilização do SIAB, fato que tem gerado dúvidas no preenchimento de várias fichas e relatórios do SIAB. Entretanto, os discursos dos profissionais das equipes estudadas também apontam aspectos limitantes das fichas do SIAB.

*Eu gostaria muito que tivesse um espaço para doente mental para ser acrescentado também na ficha A, a medicação pra ter o cadastramento na ficha A (...) A gente só acrescenta o DME não tem mais espaço para acrescentar mais nada, é uma sigla isso aí. (Entrevista **ESF2-** ACS2)*

*Eu acho assim, que deveria acrescentar mais coisas na ficha A. Tipo, bem na ficha embaixo que a gente preenche tem algumas siglas de doenças, outras não tem, e a gente trabalha muito, então a gente tem que colocar, mas na hora de mandar pro SIAB a gente não manda pro SIAB porque na ficha não tem, e o SIAB só pega o que tá na ficha. (Entrevista **ESF1-** ACS1)*

*Na ficha B de hipertenso, a única coisa que acrescentaria é dias a mais no mês, às vezes a gente faz visita duas ou três vezes a mais no mês e não tem onde eu colocar essas datas de visita. (Entrevista **ESF2-** ACS5)*

*Na ficha de hipertenso, a única coisa que eu acho assim que deveria ter um pouquinho de mais espaço é onde faz anotação da visita do ACS, é muito pequenininho, dependendo assim não dá nem pra acrescentar, porque dia, mês e ano que a gente tem que colocar e é muito pequenininho o espaço. (Entrevista **ESF2-** ACS2)*

*Aqui na ficha de diabético do SIAB tinha que ter onde colocar a glicemia, no nosso caderno tem onde coloca a glicemia. (Entrevista **ESF1-** ACS6)*

*Na ficha do diabético não tem a data da visita do agente. Geralmente quem é hipertenso é diabético, e aqui também não tem a PA e poderia tá colocando. (Entrevista **ESF2-** ACS6)*

*Na ficha de hipertenso tem a data da visita do agente de saúde e na ficha do diabético não tem, podia ter. (Entrevista **ESF2-** ACS4)*

*Na ficha de tuberculose falta colocar se ele fuma ou não fuma, tá faltando. (Entrevista **ESF2-** ACS6)*

Pois é, e o acompanhamento? Tem os fatores de risco, como pode ser feito o acompanhamento da gestante, eu acho que essa ficha poderia ter mais dados, melhor elaborada, pra gente poder ter um acompanhamento melhor das gestantes de risco, por exemplo, mesmo que elas sejam referenciadas, mas foi referenciada pra

onde? Onde a gente pode tá colocando isso? (Entrevista ESF2-ENF)

(...) as fichas SSA2 e PMA2 é carente em algumas coisas, por exemplo: questão do aleitamento, só tem misto e exclusivo, e tem mãe que dá leite ninho, leite de vaca e aí o SIAB não diz, você não tem opção de dizer a morte, por exemplo, o bairro que eu trabalho é um bairro muito violento, então morre pessoas de tiro, de faca, aí eu não tenho opção, só tenho opção de diarreia e infecção respiratória aguda. (Entrevista ESF1-DIG)

Na hora que a gente fecha ali mesmo nas crianças de 0 a 3 meses, a ficha SSA2 só consta aleitamento misto e exclusivo, acho que deveria ter mais informações. (Entrevista ESF1- ACS2)

Quanto às fichas SSA2 e PMA2 eu acho que na parte da violência ela contempla a violência de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, ela não contempla a violência ocorrida em outra faixa etária, eu acho também uma falha, a gente não tem como avaliar, a gente anota essas intercorrências outros óbitos por outras causas atrás da ficha PMA2 (das internações, óbitos), acidente de trânsito ela não contempla, e é uma coisa que acontece muito, aí fica por outras causas, acho que acidentes e violência, deveria contemplar. (Entrevista ESF1- ENF)

As falas dos profissionais evidenciam que, as fichas do SIAB apresentam alguns aspectos limitantes como: falta de espaços, divisão de faixa etária inadequada de óbitos por violência, número limitado de doenças ou condições referidas codificadas na Ficha A, bem como outras limitações conforme quadro que segue.

Quadro 4- Demonstrativo das limitações das fichas do SIAB elencadas pelas ESF.

FICHAS DO SIAB	LIMITAÇÕES
FICHA A	Doenças referidas limitadas - falta de espaço para doença mental e outras doenças.
FICHA B - Hipertenso	Ausência de data da visita do ACS e espaço limitado para observações.
FICHA B - Diabético	Ausência de data da visita do ACS e espaço limitado para observações e anotação da glicemia do paciente.
FICHA B - Tuberculose	Ausência da variável fumante ()sim ()não
FICHA B - Gestante	Ausência de espaço para anotação dos serviços de referência/contrarreferência durante o acompanhamento das gestantes de risco e ausência da variável data da consulta do pré-natal.
FICHA SSA2	Ausência da variável leite artificial, ausência de óbitos por arma de fogo e branca; e óbitos decorrentes de acidentes de trânsito, faixa etária limitada de óbitos por violência.
FICHA PMA2	Possibilidade de inserção de novos marcadores de acordo com a realidade da população assistida.

Cury e Galera (2006) em estudo cujo objetivo foi apontar aspectos que indicam a possibilidade do PSF tornar-se um elemento a contribuir na assistência ao portador de doença mental e sua família, aponta como uma das limitações da Ficha A a inexistência da sigla referente aos distúrbios mentais, o que impede que seja inserido o dado no SIAB. Ou seja, a falta de espaço específico para notificação de casos no sistema dificulta o levantamento do número de famílias com portadores de sofrimento mental atendidos nas áreas de cobertura do PSF.

Os achados do presente estudo vão ao encontro dos trabalhos de Pinto e Freitas (2005) que analisaram a percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do SIAB e de Laprega e Silva (2005) que avaliaram a implantação do SIAB em um município no interior paulista. Os resultados destes estudos evidenciaram limitações das fichas do SIAB como, a ausência de espaço para o registro de algumas atividades e doenças como depressão e AIDS, em detrimento de outras codificáveis pelo SIAB, mas de menor prevalência ou até mesmo inexistentes para a maioria das equipes.

Laprega e Silva (2005) afirmam que, o relatório de produção e marcadores para avaliação (PMA2) são pouco utilizados pelas equipes, sendo deixados em branco os campos referentes aos marcadores. Os autores também

apontam a possibilidade de inserção de novos marcadores de acordo com a realidade local.

Segundo Mota (2009) que estudou as dificuldades enfrentadas para o registro de informações nos sistemas de informação em saúde: SIAB, SINASC e SIM, utilizados na rede pública de saúde no estado de Alagoas, grande parte dos ACS sente a falta de espaço nas fichas/formulários, gerando dificuldades de preenchimento. Os enfermeiros, por sua vez, relatam que suas dificuldades estão relacionadas ao fato de que as fichas/formulários não contemplam as informações a serem registradas, em função das dúvidas que, por vezes, não são devidamente esclarecidas.

Embora não tenha sido mencionada a limitação da Ficha C pelas ESF estudadas, pesquisa que teve por objetivo demonstrar a sensibilidade no diagnóstico da desnutrição protéico-calórica realizado por equipes de Saúde da Família, no Município de Pato de Minas/MG, através da utilização de dados primários do SIAB, e da busca ativa de crianças de 0 a 23 meses e 29 dias evidenciou que, as prevalências de desnutrição protéico-calórica com base no índice peso-idade, mediante exclusivamente a utilização do SIAB como fonte de dados levam ao subdiagnóstico do problema (FIUZA e RIBEIRO, 2007).

5.3.3 Limitações do sistema geram duplicidade e divergência de dados

Durante o trabalho em campo foi possível identificar falhas inerentes ao sistema conforme relatos de observação.

Durante a alimentação dos dados no sistema para posterior envio a SMS, a digitadora não conseguia abrir o disquete após salvar os arquivos, isto a preocupava devido a dúvidas se o que estava no disquete eram realmente os arquivos que havia salvo. Relatou que a SMS já recebeu seus dados em duplicidade, e afirma que:

*“Quando o disquete com as informações da equipe era inserido no SIAB principal, na SMS aconteciam divergências de dados entre os dados existentes na SMS (SIAB principal) com as USF (SIAB secundário)”. (Relato de observação, 10/07/2009, **ESF1**)*

*Os dados do SIAB embora sejam alimentados mensalmente, ao salvar no disquete são salvos todos os dados dos meses anteriores, e isso pode gerar problemas como duplicidades no sistema. (Relato de observação, 10/07/2009, **ESF1**)*

*A enfermeira ao ser indagada quanto a existência de divergências de dados no sistema da unidade com os dados do sistema da SMS, ressalta que: “Houve um problema na campanha de vacinação para idosos neste ano, a secretaria havia informado que não tínhamos atingido a meta, pois no SIAB deles havia 360 idosos na minha área de cobertura, porém, no SIAB da nossa unidade havia o registro de 160 idosos, ou seja, os dados do SIAB da unidade não estavam em consonância com os dados do SIAB da secretaria”. Salienta que este problema não é esporádico, e que constantemente os dados do SIAB secundário não batem com os dados do SIAB principal. (Relato de observação, 13/07/2009, **ESF1**)*

Uma das limitações elencadas pela digitadora refere-se ao fato do sistema não possibilitar a abertura dos arquivos após salvamento em disquete, devido ao sistema salvar acumulativamente, ou seja, embora os dados do SIAB sejam alimentados mensalmente, durante esse salvamento o sistema busca os dados de todos os meses anteriores (no ano de vigência), podendo ocorrer duplicidades no sistema.

Conforme relatos da digitadora e da enfermeira, os dados do SIAB secundário divergem com os dados do SIAB principal, sendo que uma das causas pode ser o fato do sistema (SIAB secundário) não permitir sua abertura após a operação de salvamento, além deste ser acumulativo.

Estudo realizado por Barbosa (2006) que analisou a percepção dos profissionais das ESF sobre o SIAB e como ocorre a inclusão de suas atividades diárias em USF no Município de Ribeirão Preto/SP, retrata algumas falhas do software como: a não atualização automática das idades a cada ano; o fato do sistema solicitar dados de crianças nascidas vivas até 3 meses, de 3 meses a 6 meses e de 6 meses a 1 ano, apesar desse dado não ser encontrado pelo sistema, visto que

sua divisão de faixa etária abrange somente menores de 1 ano, não especificando ou dividindo em grupos menores.

A não conversão automática da idade dos indivíduos cadastrados após a data de aniversário acarreta a contabilização errada da população infantil nos relatórios de produção, gerando confusão para os membros das equipes (LAPREGA e SILVA, 2005).

Souza (2008) em trabalho que aborda o sistema de integração de dados e gerenciamento do conhecimento para contribuir com a atenção primária faz as seguintes críticas ao sistema do SIAB: a apresentação (interface) é simples, porém rústica (sistema desenvolvido em DOS) e algumas informações das fichas B não são cadastradas no sistema.

Assim, consideramos que o SIAB, em seu sistema, apresenta limitações sérias que comprometem sua funcionalidade, uma vez que sua forma de registro não é automatizada, e não permite atualizações automáticas, o que se conforma como um problema quando toma por referência o cotidiano das USF que lidam com grande rotatividade da população em sua área de abrangência.

5.3.4 Potencialidades para a utilização do SIAB

Apesar das várias dificuldades descritas anteriormente em relação ao SIAB, os membros das duas ESF destacaram a importância deste sistema de informação para o PSF. Algumas falas abordam as especificidades do sistema, que permite traçar o perfil epidemiológico e sanitário da população de sua área de abrangência, oferecendo às equipes um diagnóstico situacional de saúde dos usuários e mesmo diante das deficiências levantadas, reconhecem os ganhos do sistema para o trabalho da equipe.

Na minha opinião o SIAB é muito importante, porque o SIAB passa informações do que acontece no bairro, naquela microárea. Por

*exemplo, se morreram duas pessoas de tiro na microárea de uma agente de saúde, duas mortes por tiro, aí também em outra microárea, aí eles vêem o relatório e dizem: tá tendo violência naquele bairro, vamos providenciar alguma coisa, se é a polícia comunitária que não está agindo direito. Quer dizer eles tem como, através do SIAB, a Secretaria de Saúde, o Ministério da Saúde ver o que está acontecendo. (Entrevista **ESF1-DIG**)*

*Na minha opinião é necessário o sistema sim, porque através dele é que a gente vai saber o número de pessoas, o número de famílias, o número de doentes na comunidade, porque sem o SIAB eu acho que era bem difícil pra gente ter essas informações e passar essas informações verdadeiras. (Entrevista **ESF2- ACS1**)*

*Olha eu acho que o SIAB é um sistema importantíssimo, acho que sem ele seria impossível ter esse acompanhamento, de qualquer forma se não fosse o SIAB teria que ter um outro instrumento, outra forma pra ter esse acompanhamento. Porque na verdade a gente precisa desses dados, eles são encaminhados através do SIAB, onde a Secretaria pode fazer um consolidado e a gente pode ter essa visão do perfil epidemiológico de Cuiabá, das áreas de abrangência onde a gente trabalha. (Entrevista **ESF2- ENF**)*

As falas que seguem demonstram que há o reconhecimento, por alguns integrantes da equipe, quanto à importância do SIAB para o planejamento, monitoramento e a possibilidade de avaliação das ações da equipe.

*Eu acho muito importante esse sistema de informação, até pra nós estarmos analisando o nosso trabalho enquanto agente de saúde e também enquanto equipe. (Entrevista **ESF1- ACS5**)*

*Ah! Ele é bom né, como eu falei antes, porque lá a gente pode pegar as informações que a gente precisa pra fazer o nosso planejamento. (Entrevista **ESF1- ACS4**)*

Leite (2008) afirma que, através dos dados coletados pelas ESF por meio do SIAB é possível identificarmos características importantes que podem influenciar no acesso aos serviços, assim como traçar locais de maior risco social ou ambiental; essa especificidade do sistema pode beneficiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação de programas, bem como se estender para estudos acerca do contexto socioeconômico e para a vigilância em saúde.

Para as equipes estudadas, a existência do sistema informatizado do SIAB na unidade facilita o acesso as informações para o planejamento e programação das ações.

*Eu vejo que a existência do computador com certeza melhoraria muito, porque a gente teria em mãos qualquer dado que fosse interessante no momento pra gente tá vislumbrando a nossa realidade e possível planejamento das ações. (Entrevista **ESF2-ENF**)*

*Eu acho que informatizado diminui um pouco essa burocracia, muito papel para ser preenchido, a gente tem os dados com mais agilidade e rapidez. (Entrevista **ESF1-ENF**)*

*Ficou bem mais fácil pra gente saber informação, a gente passa para o computador e fica sabendo também. Porque antes a gente não ficava sabendo, por exemplo, quantas famílias? A gente tinha que pegar os relatórios e contar tudo e agora a gente tem a informação certinha. (Entrevista **ESF1-ACS6**)*

*Isso melhora muito em ter o sistema informatizado. (Entrevista **ESF1-MED**)*

Durante o trabalho de campo foram realizadas análises das informações do SIAB que também estão presentes em outros SIS, sendo possível fazer algumas considerações acerca das variáveis em comum do SIAB com o Hiperdia, com o SISPRÉNATAL e com o SISVAN. Abaixo segue um quadro demonstrativo das informações em comum entre os sistemas.

Quadro 5- Demonstrativo das informações comuns do SIAB a diferentes SIS - SISPRENATAL, SISVAN e HIPERDIA

SIAB E SISPRENATAL	SIAB E SISVAN	SIAB E HIPERDIA
Identificação da gestante com o nome e endereço, sem a Data de Nascimento (DN); Data da consulta do pré-natal, DUM, data da vacina (1ª, 2ª e Reforço), 1ª consulta puerperal.	Criança: peso ao nascer, peso atual, altura, tipo de alimentação (aleitamento materno exclusivo e misto), diarreia, IRA Adulto-doenças (Hipertensão e diabetes) Gestantes- estado nutricional e DUM.	Identificação do usuário com o nome, sexo, idade, endereço sem a DN; Pressão arterial, uso de medicação anti-hipertensiva e para diabetes (uso de insulina e hipoglicemiante oral).

Visando identificar as potencialidades do SIAB, serão apontados a seguir os dados comuns existentes nos diferentes SIS. Vale ressaltar que, caso ocorresse a interação entre os SI, a racionalização do trabalho seria favorecida não apenas para coleta de dados, como também possibilitariam análises mais detalhadas para avaliação e planejamento em saúde.

SIAB E SISPRENATAL

A ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL dá ênfase aos exames realizados. Não consta a 3ª dose da vacina antitetânica, ao contrário do SIAB. Na variável Risco Gestacional (RG refere-se a BR→baixo risco e AR→alto risco) da Ficha B de acompanhamento de gestantes no SIAB há os fatores de risco com informações mais completas como: 6 ou mais gestações, Natimorto/Aborto, 36 anos e mais, Menos de 20 anos, Sangramento, Edema, Diabetes, e Pressão Alta. Nessa ficha existe espaço para o resultado da gestação como Nascido Vivo (NV), Natimorto (NM), Aborto (AB). Os cruzamentos desses dados com o SISPRENATAL são de grande importância, porém os fatores de risco, resultado da gestação e data da consulta de puerpério não são inseridos no sistema do SIAB, com exceção de gestantes menores de 20 anos e algumas informações como, DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez) na forma

grave ,que consta no sistema como marcadores para avaliação na Ficha PMA2 do SIAB.

SIAB E SISVAN

Grande parte dos dados encontrados no SIAB e SISVAN tem relação ao acompanhamento das crianças. Dados do SIAB são complementares aos do SISVAN que detem dados sobre a alimentação complementar e a não realização do aleitamento materno. Com relação à saúde do adulto constam as doenças que são contempladas nos dois sistemas, como hipertensão e diabetes, porém, seria de grande valia a integração do SIAB com o SISVAN, com a inserção das informações da Ficha B de acompanhamento de hipertenso e diabético no sistema informatizado do SIAB como: tabagismo, dieta e realização de exercícios físicos, não constando somente o número de hipertensos e diabéticos registrados na Ficha SSA2. Em relação aos dados de gestantes contemplados nos dois sistemas está a Data da Última Menstruação (DUM) e o estado nutricional, sendo interessante que seja complementados com os fatores de risco (edema, pressão alta e diabetes) no sistema do SIAB, não constando somente nas fichas, o que complementaria os dados do SISVAN.

SIAB E HIPERDIA

Os dados do SIAB na Ficha B de acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão são dados relativos a uso de medicação, diferente da ficha de cadastro e acompanhamento do Hiperdia onde constam as medicações de acordo com sua morbidade. Os dados da Ficha B do SIAB referentes à hipertensão e diabetes,

como o uso de insulina e hipoglicemiante oral, também não são introduzidos no sistema do SIAB, somente o número de hipertensos e diabéticos, conforme registro na Ficha SSA2.

É importante salientar que, embora haja duplicidade de dados gerados pelos outros SIS, dados que poderiam ser trabalhados a partir da integração dos sistemas seria de fundamental importância, uma vez que o SIAB é um dos poucos SIS que contemplam informações que mais se aproximam da realidade, devido à especificidade de acompanhamento das famílias pela equipe de saúde, além de complementar e melhorar a qualidade da cobertura de outros SIS em função de seus dados.

Sendo assim, apresenta-se abaixo um esquema de articulação do SIAB com outros SIS que favoreceria a utilização dos dados disponíveis.

Figura 10 – Representação gráfica da proposta de integração das informações do SIAB com os SIS.



A partir de 2007 alguns SIS utilizados pelas ESF passaram a depender de informações repassadas entre si para funcionarem de forma adequada, com o objetivo de integrar o SIAB com o CNES e SIASUS, por conter informações semelhantes, sendo que, atualmente, para a inserção de dados no SIAB e SIASUS é

necessário gerar previamente um arquivo no CNES (MENDONÇA e MACADAR, 2008). Para essas autoras, as equipes precisam preencher um grande número de dados em diferentes sistemas, muitos dos quais são repetitivos, a unificação dos sistemas garantiria uma agilidade na execução das tarefas pelas equipes de saúde, evitando o excesso de trabalho (MENDONÇA e MACADAR, 2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com vistas ao exposto ao longo deste relatório de pesquisa foi possível comprovarmos os pressupostos de que: a forma como é realizado o processo de produção de dados no SIAB interfere na qualidade das informações geradas pelo sistema e que, as informações produzidas pelo sistema não são utilizadas no processo de planejamento, programação e avaliação do serviço nas unidades que participaram deste estudo.

Tal constatação ocorreu a partir da análise dos três eixos temáticos que emergiram dos dados levantados através das entrevistas com as duas ESF e das observações realizadas: o despreparo das ESF para utilização do SIAB; a organização do serviço das ESF está relacionada a produção de dados para o SIAB e limitações e potencialidades do uso do SIAB pelas ESF.

Em relação ao despreparo das equipes para a utilização do SIAB, fica evidente que tal problemática decorre da capacitação insuficiente das equipes, já que o treinamento introdutório não discute de forma aprofundada o SIAB, sendo o preparo das ESF insuficiente para o preenchimento das fichas, discussão de suas variáveis e utilização do sistema para a extração de relatórios com o objetivo de auxiliar no planejamento das ações. Além disso, consideramos que o Curso Introdutório não prepara adequadamente os profissionais para o trabalho com o SIAB, existindo a escassez de cursos preparatórios para o uso dessas informações na avaliação do serviço, uma vez que, requer treinamento para realização de análises estatísticas por médicos e enfermeiros para utilização das informações do SIAB de forma segura e eficaz, oferecendo subsídios para o processo de tomada de decisões.

Outro aspecto que deve ser considerado é que, em algumas fichas do SIAB, mais especificamente a Ficha B de acompanhamento de gestantes, determinadas variáveis são de abordagem clínica, de difícil compreensão para os ACS, o que dificulta sua utilização em função da formação educacional elementar desses trabalhadores, já que não dispõem de conhecimentos que subsidiem a

compreensão de algumas variáveis das fichas, podendo determinar a geração de dados não fidedignos com a realidade.

Neste estudo evidenciamos que a forma como está organizado o serviço nas ESF interfere na produção e análise dos dados para o SIAB, e que essa organização se diferencia entre as equipes. Um ponto que merece ser destacado é a falta de Fichas B do SIAB na ESF1, onde os ACS fazem uso de cadernos para realizarem a coleta de dados, sendo que algumas informações dos cadernos estão incompletas, dificultando a autenticidade dos dados que irão alimentar o sistema.

Contatamos também que, na ESF2 os ACS fazem uso dos prontuários como fonte complementar para os seus registros nas fichas do SIAB. Embora o uso do prontuário pelos ACS gere opiniões divergentes, acreditamos que é positivo na medida em que dados secundários sirvam como apoio para complementar algumas informações de saúde, desde que sejam respeitados os princípios éticos legais quanto ao sigilo das informações.

Com relação à atualização dos dados no SIAB, existe uma diferença entre as ESF, pois somente existe computador com o sistema implantado na ESF1, e nesta equipe não se identificaram problemas quanto à atualização das famílias (inclusão e exclusão), porém, na ESF2 que não dispõe de recurso tecnológico na USF, a atualização das famílias é feita anualmente ou quando a SMS solicita.

Durante o processo de observação foi possível constatar que, durante o fechamento dos relatórios do SIAB as duas equipes não discutiam os dados coletivamente, restringindo a atividade aos ACS, enfermeiros e médicos, os demais profissionais não participavam da discussão. Porém, quando indagados sobre a utilização das informações do SIAB, as equipes responderam que as utilizavam para o planejamento das ações.

A equipe de saúde da família tem papel fundamental no planejamento, organização e avaliação das ações de saúde para tomada de decisão, uma vez que é a responsável pela coleta e registro dos dados, ou seja, todas as suas ações deveriam ser realizadas com base no produto de seu trabalho, com vistas ao consolidado dos dados produzidos em equipe.

Quanto à retroalimentação das informações, as duas equipes relataram deficiência no retorno das informações por elas produzidas e quando isso acontecia, era sob a forma de informativo/circular com o objetivo de efetivar cobranças e monitoramento das ações das equipes.

Também chamou-nos a atenção a participação pontual do Conselho Gestor nas reuniões para discussão das informações de saúde e planejamento das ações, fato que foi destacado pelas ESF como um movimento que tem ocorrido mais recentemente.

Quanto às limitações do SIAB, os resultados mostram a infraestrutura inadequada das unidades e as limitações das fichas e do sistema. Foi constatado que, as estruturas das unidades em estudo não possuíam um ambiente apropriado para o trabalho dos ACS e para o fechamento dos relatórios.

Quanto às limitações das fichas, os dados levantados evidenciaram que as fichas do SIAB apresentam aspectos limitantes como a falta de espaços, divisão de faixa etária inadequada de óbitos por violência, número limitado de doenças ou condições referidas codificadas na Ficha A, características que dificultam seu preenchimento.

As limitações do sistema se referem à impossibilidade de abertura do disquete após salvamento, uma vez que o salvamento dos arquivos é realizado de maneira acumulativa, ou seja, durante esse salvamento o software busca os dados de todos os meses anteriores podendo gerar duplicidades de dados no sistema. Assim, os participantes do estudo afirmaram que os dados do SIAB secundário (da unidade) divergiam com os dados do SIAB principal (da SMS), gerando vários transtornos às equipes, já que as informações produzidas não correspondiam a realidade local.

Para concluir, as equipes relataram a importância que o SIAB tem para a realização de suas atividades, já que é um sistema que permite a visualização do perfil epidemiológico e sanitário da população de sua área de abrangência,

oferecendo um diagnóstico situacional de saúde da população e mesmo diante das fragilidades identificadas, reconhecem o valor do sistema para a equipe.

Diante do exposto acreditamos que, embora o SIAB apresente limitações que precisam ser revistas, é o único sistema de informação que consegue diagnosticar as situações sócio-econômicas sanitárias e de saúde-doença de populações assistidas; além de suas informações complementarem outros SIS, sendo de suma importância sua integração com os mesmos, lembrando que essa integração é válida na medida em que haja 100% de cobertura de PSF no município, favorecendo a circulação de informações entre os sistemas, bem como, a compreensão da realidade local através das informações produzidas e divulgadas.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcia Furquim de. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível municipal. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.2, n.3, p.28-33, jul./set. 1998.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lúcia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p.1727-742, ago. 2008.

ARCHETTI, Carla. **A teoria da problematização na análise das inconsistências da 7ª Regional de Saúde de Pato Branco- PR, sob a ótica dos profissionais de saúde**. 2002. 88f. Monografia (Especialização em Projetos Assistenciais da Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2002.

BARBOSA, Débora Cristina Modesto. **Sistema de Informação em Saúde: A percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto**. 2006, 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Porto, 1977.

BAUER, Martim; GASKELL George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERGO, Rita de Cássia Faria. **Sistema de Informação da Atenção Básica: avaliando seu potencial para análise do Município de Atibaia (SP)**. 2006 122f.

Dissertação. (Mestrado Epidemiologia). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

BOGDAN Robert C. **Investigação qualitativa em Educação**: Uma introdução a teoria e aos métodos. São Paulo: Porto, 1994.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de Informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.2, p.267-70, abr./jun.1996.

BRASIL. Decreto 94.406, de 08/06/1987. **Regulamentação da Lei do Exercício Profissional n. 7.498/86**, de 26 de junho de 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://senado.gov.br/sf/legislacao/const>>. Acesso em: 20 de abril de 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 20/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, de 20 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 19 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agente Comunitário de Saúde. **Avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: 1994. 130p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de informações em saúde**. Brasília: 1995.120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/96. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 nov. 1996a. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. 1996b. Disponível em: <saude.gov.br/susdeaz/legislacao>. Acesso em: 21 de Abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: 2000a.96p. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 19 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.5, p.561-64, out. 2000b. (Informes técnicos institucionais).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Treinamento Introdutório**. Brasília: 2000c. [Cadernos de Atenção Básica2]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad_02treinamento.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Educação Permanente**. Brasília: 2000d. [Cadernos de Atenção Básica3]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad_03capacitacao.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000e. 21p. Disponível em: <www.datasus.gov.br/sisprenatal>. Acesso em: 20 de março de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: 2001. 69p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Hiperdia- **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes**. Rio de Janeiro: 2002a.104p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual>. Acesso em: 20 de março de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Política de Saúde. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família: relatório final**. Brasília: 2002b. 79p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 1998-2002. Brasília: 2002c.

BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: 2004a. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: 2004b. 140p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Monitoramento da Atenção Básica de Saúde**: roteiros para reflexão e ação. Brasília: 2004c. 72p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: Caminhos da Institucionalização. Brasília: 2005.34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de apoio à descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2007a. 199p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: 2007b. 4 ed. 68p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A integração da Estratégia Saúde da Família ao Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Informe da Atenção Básica. Brasília, n.43, nov./dez. 2007c.

BRASIL. Portaria nº 80 de 13 de fevereiro de 2007d. **Inclui as equipes de Saúde da Família, Saúde da Família com Saúde Bucal (Modalidade I e II) e de Agentes Comunitários de Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES**.Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2007/pt-80.htm>>.Acesso em: 21 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da família**. Brasília: 2008. 56p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE Cidades**. 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 20 de março, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da Cobertura de Saúde da Família**. Brasília, DF. 2010.Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>.Acesso em: 15 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde- Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. 2010. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=51&VMun=510340

Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza de. **Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde**: elementos para debate. In: CAMPOS Gastão Wagner Souza de; MERHY Emerson Elias; NUNES Everaldo Duarte. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.53-60.

CAMPOS, Luciane; WENDHAUSEN, Agueda. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto-enferm**, v.16, n.4, p.271-79, abr./jun. 2007.

CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica Santos dos. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.9, p.1881-892, set. 2006.

CAPAZZOLO, Ângela Aparecida. **No olho do furacão**. Trabalho médico e o Programa Saúde da Família. 2003 269f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2003.

CARAGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto- enferm**. v.15, n.4, p.679-84, dez. 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COIMBRA, Valeria Cristina Christello. **O acolhimento num centro de atenção psicossocial**. 2007 330f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1996.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SCHOTT, Márcia; AZEREDO, Catarina Machado; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloísa; DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.3, p.7-18, set. 2006.

CREVELIN, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.2, p.323-31, abr./jun.2005.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Assessoria de Planejamento e Modernização da Gestão. **Relatório de Gestão 2007 do SUS Cuiabá**. Cap.3, p.8-10. 2007.

CURY, Camila Fernanda Meirelles Ramos; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. **Fam. Saúde Desenv.**v.8, n.3, p.273-78, set./dez. 2006.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Informação como suporte à gestão:** desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação em saúde. Rio Grande do Sul, p.1-29. 2002. Disponível em: <www.opas.org.br/observatório>. Acesso em: 12 fev.2009.

FERREIRA, João Carlos Vicente. **Considerações sobre a economia de Mato Grosso.** In: FERREIRA, João Carlos Vicente. Mato Grosso e seus municípios. Cuiabá: Buriti, 2001b. Cap.2, p.335-37.

FERREIRA, Sibeles Maria Gonçalves. Sistema de Informação em Saúde. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Gustavo Azevedo Furquim; TONON, Lídia Maria. **Cadernos de Saúde.** Belo Horizonte: Coopmed, 2001a.p.171-91.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica.** 3 ed. São Paulo: Yendis, 2008.

FIÚZA, Tatiana Monteiro; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão. Sensibilidade no diagnóstico da desnutrição protéico-calórica realizado pelas equipes de saúde por meio do SIAB e de busca ativa de casos. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** v.3, n.9, abr./jun.2007.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.5, p.1328-333, set./out.2004.

FRANÇA, Tânia. **Sistema de Informação da Atenção Básica**: um estudo exploratório. 2001. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro. 2001.

FRANCISCHINI, Ana Cristina; MOURA, Sônia Dalva Ribeiro Peres; CHINELLATO, Magda. A importância do trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Investigação**. v.8, n.1-3, p.25-32, jan./dez.2008.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. Aspectos bioéticos da confidencialidade e da privacidade. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.htm>. Acesso em: 25 de janeiro de 2010.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Ana Maria Nunes. O processo de implantação do programa saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perspectiva de atores sociais da gestão estadual. *Cogitare Enferm*,v.13,n.4,p.574-84,out./dez.2008.

GILL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-181, jun.2006.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOMES, Maria do Carmo. Existe trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**. 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=204>. Acesso em: 29 de janeiro de 2010.

GONÇALVES, Fernando Ramos. **O sistema de informação da atenção básica como fonte de informação para vigilância ambiental: limites e potencialidades**. 2001, 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife. 2001.

GRIBEL, Else Bartholdy. **Atenção Básica: do processo de trabalho ao Sistema de Informação**. 2005 115f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2005.

GUEDES, Andréia Arantes Batista. **A informação da atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro**. 2007 194f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007.

KADT, Emanuel de; TASCA, Renato. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

LAPREGA, Milton Roberto; SILVA, Anderson Soares da. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região

de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1821-828, nov./dez.2005.

LAUDON, Kenneth. **Sistemas de Informação Gerenciais**. 5 ed. São Paulo:Editora Pearson, 2004.

LEITE, Sandra Costa Cavalcante. **Sistema de informações geográficas para o monitoramento da hipertensão arterial no programa de saúde da família**. 2008,66f. Monografia (Especialização). Tecnologia em geoprocessamento.Centro Federal de Educação Tecnológica.João Pessoa,2008.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, Bárbara Vieira; ANDRADE, Carolina Rabelo; ROCHA, Silva Roberto Flávio; TEIXEIRA, Maria Tereza Bustamante; FARAH, Beatriz Francisco. Diagnóstico das Necessidades de Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora. In: **2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**, 9, 2004. Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: UFJF, 2004.p.1-8.

MAGALHÃES, Júnior; OLIVEIRA, Roseli Costa et.al. **Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte**. In: PINHEIRO Roseni, FERLA Alcindo Antônio, MATTOS Ruben Araujo de. **Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lappis, 2006. Cap.4, p.51-64.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 3, p.426-33, set. 2007.

MARTINS, Gilberto Andrade. **Estatística Geral e Aplicada**. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDEIROS, Kátia Rejane de; MACHADO, Heleny Oliveira Pena de; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcante de; GARIBALDI, Dantas Gurgel Junior. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p.433-40, abr./jun.2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MENDONÇA, Licélia de Lima; MACADAR, Marie Anne. A importância dos Sistemas de Informação para o planejamento de Ações e Políticas de Saúde no Programa de Saúde da Família do Município de Porto Alegre. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**. v.7, n.2, p.1-19. 2008. Disponível em:<<http://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2009.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília Souza de; DESLANDES,

Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria método e criatividade.** 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

MISHIMA, Silvana Martins; VILLA, Tereza Cristina Scatena; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; PRATALI, Maria Tereza Romão *et al.* O sistema de informação no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.4, p.83-89, abr.1996.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de; SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.10, n.1, p.49-56, mar.2001.

MOTA, Francisca Rosaline Leite. **Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo sobre a padronização nas bases SINASC, SIAB e SIM, no estado de Alagoas.** 2009. 266f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação). Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2009.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p.333-45, abr./jun.2005.

OLIVEIRA, Quéli Cristina; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. O trabalho da enfermagem na produção de dados para os sistemas de informação em saúde do PSF. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM-CBEn, 60º, 2008. Belo Horizonte. Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belo Horizonte: ABEN, 2008.p.17.

OMS/OPAS. **Sistema de informação e tecnologia de informação em saúde:** desafios e soluções para a América Latina e Caribe. Brasil: OPAS/OMS, 1998.120p. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em 20 de abril de 2008.

OVIROMAR, Flores; SOUSA, Maria Fátima de; MERCHAN, Hamann Edgar. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. **Com. Ciências Saúde**, v.19, n.2, p.123-36, abr./jun. 2008.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.3, p.303-11, jun.2001.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998 270f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva).Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas. 1998.

PESTANA, Carlos Luiz da Silva; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.485-99, 2007.

PINTO, Ione Carvalho; FREITAS, Fernanda Pini de. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.4, p.547-54, jul./ago.2005.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva do trabalho em saúde no Brasil.** In: PIRES, Denise. Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde. São Paulo: ANANABLUME, 1998.p.159-203.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos; FORTUNA, Cinira Magali; OLIVEIRA, Cleide Terezinha; DURANTE Maria Cristina. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para mudanças de práticas. **Interface (Botucatu)**, v.11, n.23, p. set./dec.2007.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.434-46, març./abr.2004.

RIGOBELLO, Jorge Luiz. **A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII Ribeirão Preto – SP.** 2006 139 f. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2006.

ROCHA, Paulo de Medeiros; UCHOA, Alice da Costa; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes; ROCHA, Marconi de Lima; PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.24, Sup 1, p.69-78. 2008.

RODRIGUES, Cristina Guimarães; RODRIGUES, Fernanda Gonçalves; WONG, Laura Rodríguez; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. **Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais.** CEDEPLAR/UFMG. p. 1-20. 2006. Disponível em: <cedeplar.ufmg.br/seminários>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2009.

SÁ, Flávio Araújo de; GOMES, Sara de Abreu; SANTOS, Tatiana Vasques dos. A gerência de enfermagem na organização dos prontuários do PSF. **Rev. Edu. Meio Amb. e Saúde**, v.3, n.1, p.148-64. 2008.

SAMICO, Izabella. A sala de situações na Unidade de Saúde da Família: o Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) como instrumento para o Planejamento Estratégico Local. **Saúde em Debate**, v.26, n.61, p.236-244, maio/ago.2002.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde soc**, v.10, n.1, p.33-53, jan./jun.2001.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **ACM Arq. catarin. med**, v.33, n.3, p. 31-40. 2004.

SANTOS, Zenaide Carvalho dos. **O uso do SIAB como instrumento de planejamento local para as ações do PSF**. 2003, 36f. Monografia (Especialização). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. São Paulo, 2003.

SILVA, Arlete Bernini Fernandes e. **A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira**. 2002 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro. 2002.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p.25-38. set .2004./fev.2005.

SIMÕES, Aline Rios. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **R. Saúde Públ.**, Santa Catarina, v.2,n.1, p.6-21,jan./jul.2009.

SOUZA, Pedro Lopes de. **Sistema de Integração de Dados e Gerenciamento do Conhecimento para auxílio da Atenção Primária**. 2008 76f. Monografia (Especialização em Informática Biomédica). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2008.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um“super-heroi”. **Interface Comunic. Saúde. Educ**, v.6, n.10, p. 75-94, fev. 2002.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

VENDRUSCULO, Juçara Lucília. **O Programa Saúde da Família no Rio Grande do Sul: municípios com 100 por cento de cobertura e seus indicadores: uma correlação com entre SIAB e a realidade**. 2006 105f. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Escola de Saúde Publica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2006.

VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA; DAL POZ, MARIO ROBERTO. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, v.15 (Suplemento), p.225-64, 2005.

ANEXO II- FICHA SSA2

Relatório SSA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						MÊS: __		ANO: __		
MUNICÍPIO (nome):		MUNICÍPIO (código): __		SEGMENTO __		UNIDADE __		ÁREA __				
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE												
MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
C R I A N Ç A S	Nascidos vivos no mês											
	RN pesados ao nascer											
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g											
	De 0 a 3 meses e 29 dias											
	Aleitamento exclusivo											
	Aleitamento misto											
	De 0 a 11 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	De 12 a 23 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	Menores de 2 anos											
	Que tiveram diarreia											
	Que tiveram diarreia e usaram TRO											
	Que tiveram infecção respiratória aguda											
G E S T.	Cadastradas											
	Acompanhadas											
	Com vacina em dia											
	Fez consulta de pré-natal no mês											
	Com pré-natal iniciado no 1º TRI											
<20 anos cadastradas												

MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	Diabéticos	cadastrados										
		acompanhados										
	Hipertensos	cadastrados										
		acompanhados										
	Pessoas com Tuberculose	cadastradas										
		acompanhadas										
	Pessoas com Hanseníase	cadastradas										
		acompanhadas										
<i>H</i>	Menores de 5 anos por pneumonia											
<i>O</i>	Menores de 5 anos por desidratação											
<i>S</i>	Por abuso de álcool											
<i>P</i>	Por complicações do Diabetes											
<i>I</i>	Por outras causas											
<i>T.</i>	Total											
	Internações em hospital psiquiátrico											
	De menores de 28 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
	Por diarreia											
<i>Ó</i>	Por infecção respiratória											
<i>B</i>	Por outras causas											
<i>I</i>	De menores de 1 ano											
<i>T</i>	Por diarreia											
<i>O</i>	Por infecção respiratória											
<i>S</i>	Por outras causas											
	De mulheres de 10 a 49 anos											
	De 10 a 14 anos											
	De 15 a 49 anos											
	Outros óbitos											
	Total de óbitos											
	De adolescentes (10-19 anos) por violência											
	Total de famílias cadastradas											
	Visita domiciliar - ACS											

ANEXO III - FICHA PMA2

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_____	___	_____	_____	___	_____
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO					

ATIVIDADES/PRODUÇÃO			
C O N S M É D I C A	residentes fora da área de abrangência		
	residentes na área de abrangência da equipe	< 1	
		1 - 4	
		5 - 9	
		10 - 14	
		15 - 19	
		20 - 39	
		40 - 49	
	50 - 59		
	60 e mais		
Total			
Total geral de consultas			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		
	Pré-Natal		
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		
	DST/AIDS		
	Diabetes		
	Hipertensão Arterial		
	Hanseníase		
Tuberculose			
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		
	Radiodiagnóstico		
	Citopatológico cérvico-vaginal		
	Ultrassonografia obstétrica		
	Outros		
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado		
	Internação Hospitalar		
	Urgência/Emergência		
Internação Domiciliar			
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT		
	Visita de Inspeção Sanitária		
	Atend. individual Enfermeiro		
	Atend. individual outros prof. nível superior		
	Curativos		
	Inalações		
	Injeções		
	Retirada de pontos		
	Terapia da Reidratação Oral		
	Sutura		
	Atend. Grupo - Educação em Saúde		
	Procedimentos Coletivos I (PC I)		
	Reuniões		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

ANEXO IV- TERMO DE APROVAÇÃO PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 559/CEP-HUJM/08

"COM PENDÊNCIAS"

APROVADO "ad referendum"

APROVAÇÃO FINAL

NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: "Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na estratégia Saúde da Família no Município de Cuiabá-MT", encaminhado pelo (a) pesquisador (a), **Áurea Christina de Paula Corrêa** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 04/02/09 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/95 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 04 de Fevereiro de 2009.



Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Rua 1, S/N, Jardim Alvorada, CEP 78018-290 Cuiabá -MT, Brasil.
Fone: 65 3615-7254 e-mail: cep@unijg.edu.br
http://www.unijg.edu.br/cep_hujm

ANEXOS V- Caderno de registros dos ACS da ESF1- ACS 1

HA/DIA

Mat.	Nome	DN	Sexo	Avaliação:	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
004	A.J.S Propanolol 60 Captopril 90 AAS 30	08/06/57	F	Data		11	26	30/04		18	03	05		08		
				PA		16x8	12x6	Ent.med		10x6	14x8	Ent.med		Ent.med		
				Est.												
				Glicemia		N										
				Medic.		S	S									
				Alcool:		S	S									
				Tabaco:		N	N									
				Peso:		66Kg	67,5			66						
				Avaliação:												
				Dia:												
				Peso:												
				Glic:												
				Alcool:												
				Tabaco:												

ACS1- CD (0 a 2 anos)

Mat.	Nome	DN	Avaliação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
005	F. S. L	26/09/09	Dia	14	11	18	01									
			Peso			7800										
			Vac.	OK	OK	OK										
			Desn.	N												
			Mist.	S												
			SM													
Mat.	Nome	DN	Avaliação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
			Peso													
			Vac.													
			Desn.													
			Mist.													
			SM													

Obs: DN? data de nascimento; Vac. ? vacina; Desn. ? desnutrição; Mist. ? aleitamento misto; SM. ? seio materno

ACS 1- Gestantes

Mat.	Nome	Peso	Data	DUM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
005	F. S. L				20	20		15		20	30					

OBS:Data ? data da consulta; DUM? data da ultima menstruação

Registros ACS 2

HA/DIA

Mat.	Nº SIAB	Nome	DN	Sexo	Estatura	Avaliação:	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
004		A. J.S	26/0748	M	1,80	Data	01	19	12	20	26	09	06	31				
		Captopril 25 mg 2x/dia				PA	15x9	12x7	14x7	15x8	14x10	15x10	12x8	10x7				
		Glibenclamida 1 cp 1x/dia				Glicemia	Não											
		AAS infantil 1 cp 1x/dia				Medic.												
		Obs:comprando				Alcool:	Sim											
		Medicação, não dispõe na unidade				Tabaco:	Sim											
						Peso:												
						Avaliação:												
						Dia:												
						Peso:												
						Glic:												
						Alcool:												
						Tabaco:												

CD (0 a 2 anos)

Mat.	Nº SIAB	Nome	DN	Avaliação:	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
005		Fernanda S. Lourdes	27/03/08	Data	19		21	15	13									
				Peso	8kg		9kg											
				Estatura														
				Avaliação:														
				Data														
				Peso														
				Estatura														

Obs: DN? data de nascimento; Data ? dia consulta/visita;

Gestantes

Mat.	Nº SIAB	Nome	Vacina	DN	DUM	DPP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
005		Fernanda S. Lourdes					20	20		15		20	30					

OBS:DN ? data de nascimento; DUM? data da ultima menstruação; DPP? data provável de parto

Registros ACS 4 - CD (0 a 2 anos)

Mat.	Nome	DN	Avaliação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
005	Fernanda S. Lourdes	10/07/07	Dia	20	20		15		20	30						
			Peso													
			Est.													
			Ferro (supl.)													
			Dia													
			Peso													
			Est.													
			Ferro (supl.)													
			Dia													
			Peso													

Obs: Dia? data de nascimento; Est. ? Estatura

Registro ACS 6- CD (0 a 2 anos)

Mat.	Nome	DN	Avaliação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
005	Fernanda S. Lourdes	05/04/07	Dia	21	20	25	15	03	20	30						
			Peso	10kg		11kg										
			Est.			83cm										
			Dia													
			Peso													
			Est.													

Obs: Dia? data de nascimento; Est. ? Estatura

APÊNDICE I- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIGITADOR

- 1) Nome _____ do
Entrevistado: _____
- 2) Função/cargo e tempo de serviço: _____
- 3) Você sabe o que é o SIAB? Sabe como ele funciona e qual sua utilidade?
- 4) Você recebeu algum tipo de capacitação para trabalhar com o SIAB?
- 5) Somente você é responsável pela digitação dos dados no SIAB nesta unidade?
- 6) Você tem ou teve alguma dificuldade para utilizar o SIAB? Quais? O que fez para resolvê-la?
- 7) Você sente alguma dificuldade para compreender as fichas preenchidas pela equipe? Quais? O que fez para resolvê-la?
- 8) Qual a sua opinião em relação a ter o sistema informatizado do SIAB em sua unidade?
- 9) Fale sobre a rotina para consolidação dos dados coletados pela equipe.
- 10) Fale sobre a rotina para envio dos dados consolidados pela equipe.
- 11) De uma maneira geral, qual a sua opinião sobre o SIAB?

**APÊNDICE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS,
ENFERMEIROS E ACS**

- 1) Nome do entrevistado: _____
- 2) Função/cargo: _____
- 3) Tempo na função/cargo: _____
- 4) Para você o que é o SIAB?
- 5) Quais são as fichas do SIAB que você conhece?
- 6) Como é sua rotina durante a coleta e registro dos dados nas fichas/relatórios do SIAB?
- 7) Você já teve dificuldade em preencher as fichas/relatórios do SIAB? Se sim, quais? O que fez para resolvê-la?

OBS: Neste momento são mostradas as fichas do SIAB aos profissionais para saber o nível de conhecimento em relação às variáveis de cada ficha.

- 8) Como são organizados os seus relatórios, fichas de dados já preenchidos em sua unidade?
- 9) Os dados do SIAB são utilizados pela equipe para realização de diagnóstico e planejamento das ações? Se sim, como?
- 10) As informações produzidas pela ESF são divulgadas/discutidas com a comunidade/usuários? Se sim, quando e como?
- 11) *Dê uma maneira geral, qual a sua opinião sobre o SIAB?*
- 12) Qual a sua opinião em relação a ter o sistema informatizado do SIAB em sua unidade?
- 13) Há o retorno da SMS dos dados produzidos pela ESF em sua unidade? Se sim, qual a sua periodicidade?

APÊNDICE III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa *Análise da Produção de dados e informações do SIAB por uma Equipe de Saúde da Família (ESF)*.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone (65) 36157254. O objetivo deste estudo é *Analisar a produção de dados e informações do SIAB pela ESF*. Sua participação nesta pesquisa consistirá com sua autorização em participar *de entrevista gravada a ser realizada mediante sua disponibilidade de tempo cujas questões estarão relacionadas ao processo de produção de dados do SIAB*. A pesquisa não lhe trará riscos relacionados com sua participação. Os benefícios para você enquanto participante da pesquisa, *é o de conhecer a realidade do produto dos dados e informações produzidas, atuar no processo de planejamento e avaliação das ações*. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que irá analisar a produção de dados através de fichas, relatórios produzidos, não constará o nome de quem os produziu, somente as categorias (Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro, Médico). Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é Queli Cristina de Oliveira, Universidade Federal de Mato Grosso, Tel: 3615-8805, Tel Residencial: 3023-8201, Celular: 9234-5110, email: queli_oliveira@yahoo.com.br.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu.....,.....
idade:..... sexo:..... Naturalidade:..... portador(a) do documento RG Nº:.....
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Cuiabá, _____, 2009.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador principal:

.....

APÊNDICE IV- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- ✚ Observar a rotina diária da ESF na coleta e registro dos dados (ACS, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico);
- ✚ Identificar a compreensão dos componentes da equipe acerca das variáveis que constam das fichas de coleta e dos relatórios de consolidação dos dados;
- ✚ Identificar a compreensão dos componentes da equipe, em particular os agentes comunitários de saúde, sobre como ocorre a coleta de dados;
- ✚ Obter respostas para todas as questões contidas nas fichas de coleta de dados;
- ✚ Observar o controle de qualidade após a coleta: revisão das fichas de coleta, verificando omissões, problemas de legibilidade e erros;
- ✚ Observar como são organizadas as fichas e relatórios do SIAB nas unidades;
- ✚ Identificar quem é o responsável na USF pela consolidação dos dados;
- ✚ Identificar se existem momentos conjuntos na equipe para a consolidação e análise dos dados;
- ✚ Observar se os dados/informações são utilizados para o planejamento e avaliação das ações.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)