PRISCILA MINA GALATI

**O conhecimento autorreferido dos enfermeiros da
Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de
Informação da Atenção Básica**

**Ribeirão Preto
2011**

PRISCILA MINA GALATI

**O conhecimento autorreferido dos enfermeiros da
Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de
Informação da Atenção Básica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto para fins de obtenção do Título de
Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Aldaisa Cassanho Forster

**Ribeirão Preto
2011**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Descritores: Saúde da Família, Informação, Atenção Primária à Saúde, Enfermeiro.

Ficha Catalográfica

GALATI, Priscila M.

O conhecimento autorreferido dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2011. ____il

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão-Departamento de Medicina Social.

1. Saúde da Família. 2. Informação. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem.

Nome: GALATI, Priscila Mina

Título: O conhecimento autorreferido dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, para fins de obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunidade.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Aldaisa Cassanho Forster

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Janise Braga Barros Ferreira

Instituição Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. João José Batista de Campos

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À Deus sobre todas as coisas, pois sem Ele não seria possível realizar este sonho.

Aos meus pais, Antonio e Carmen, obrigada por vocês existirem, por serem quem são: mais que apenas pais biológicos. Obrigada pela dedicação, pela amizade, pelo companheirismo. Obrigada pela vida e pelo orgulho de ter nascido de vocês. Obrigada pelos ensinamentos, pelos sermões, pelos castigos e, principalmente, pelos exemplos.

À minha irmã Patrícia, que sempre esteve presente em todos os momentos de minha vida e que considero minha segunda mãe, por ter sido tão dedicada em minha criação, sempre me apoiando-me em todos os momentos, enfim, por todos os conselhos e pela confiança em mim depositada meu imenso agradecimento.

À minha sobrinha maravilhosa, Julia, que trouxe tanta alegria às nossas vidas e soube entender com seu jeitinho a minha ausência.

Ao Eduardo, meu namorado, que esteve comigo compartilhando as alegrias e preocupações nesta fase.

*“Assim como o oceano
Só é belo com luar
Assim como a canção
Só tem razão se se cantar
Assim como uma nuvem
Só acontece se chover
Assim como o poeta
Só é grande se sofrer
Assim como viver
Sem ter amor não é viver
Não há você sem mim
Eu não existo sem você”*

Vinicius de Moraes

AGRADECIMENTOS

À Professora Aldaisa Cassanho Forster, pela dedicação, confiança, sabedoria, disposição, sobretudo pela amizade e carinho que me fizeram vencer mais esta etapa. Muito obrigada

Ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que me acolheu nesta trajetória de crescimento pessoal, intelectual e profissional.

Aos amigos, que levarei para vida inteira em meu coração: Bianca, Rodrigo, Lucila, Cesário; que estiveram ao meu lado compartilhando as dificuldades, facilidades, alegrias e angustias.

À Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alto, em especial, à amiga Neusa R. P. Bonjorno, que me apoiou nesta jornada.

À professora Ione Carvalho Pinto que ao longo de minha formação, incentivou-me e não permitiu que eu desistisse de meus sonhos, muito obrigada.

Aos professores Janise Braga Barros Ferreira, Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava e João José Batista de Campos que trouxeram contribuições importantíssimas a este estudo e ainda ensinaram-me a olhar a gestão de forma especial.

Ao Departamento Regional de Saúde XIII – Ribeirão Preto que disponibilizou toda assistência, acreditando neste estudo.

Aos Gestores Municipais e enfermeiros que participaram deste estudo contribuindo para o aperfeiçoamento e melhoria da Atenção Básica.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Social e demais colegas de turma, minha gratidão pela convivência tão proveitosa.

Aos colegas de trabalho que em minha ausência souberam lidar com as adversidades do dia a dia.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o meu desenvolvimento técnico e científico.

“Mesmo que as pessoas mudem e suas vidas se reorganizem, os amigos devem ser amigos para sempre, mesmo que não tenham nada em comum, somente compartilhar as mesmas recordações”

Vinicius de Moraes

RESUMO

No Brasil, a reorganização da Atenção Básica (AB) vem sendo realizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo-se como porta de entrada aos serviços de saúde em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Na referida estratégia o enfermeiro desempenha ações assistenciais e gerenciais e para qual o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) deve ser constituído como ferramenta primordial no processo de trabalho das equipes. Neste contexto, o estudo propôs-se a identificar o conhecimento autorreferido dos enfermeiros da ESF sobre o SIAB e sua utilização. Para tal, realizou-se um estudo descritivo de análise quantitativa. A amostra constitui-se de 39 enfermeiros da ESF pertencentes aos 26 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS)XIII – Ribeirão Preto.

No estudo foi identificado, em relação ao perfil dos profissionais que 97% eram do sexo feminino, 57% estavam entre a faixa etária de 20 a 39 anos, 49% possuíam menos de 2 anos nas equipes e 70% não possuíam especialização em saúde da família ou saúde coletiva.

O manejo do SIAB era feito por 92 % dos enfermeiros, sendo 64% desses sem treinamento para sua utilização.

Quanto ao conhecimento do sistema, foi identificado que 85% dos profissionais conheciam as suas fichas de coleta e consolidado de dados, e 72% referiam analisá-las antes de sua inserção no mesmo.

As finalidades do manejo do SIAB pelos enfermeiros focaram-se em 28% para a alimentação mensal dos dados, 17% para as ações de avaliação, 19% para as ações de monitoramento. De forma que 50% dos profissionais consideraram-o como instrumento de avaliação e monitoramento.

Outro apontamento do estudo foi que 62% das equipes não receberam devolutiva dos gestores em relação aos dados produzidos por elas e quando havia algum retorno era por parte da gestão municipal.

A falta de devolutiva dos dados, segundo os profissionais, foi apontada em 33% pela falta de conhecimento dos gestores para as ações de monitoramento e avaliação, e 21% pela vinculação do sistema, apenas, ao incentivo financeiro do governo federal.

A falta de devolutiva foi associada por 16% dos profissionais como uma das principais dificuldades em relação ao sistema, seguido de 15% pela falta de equipamentos adequados na área de informática, 14% pela deficiência de indicadores gerados pelo sistema e 13% pela falta de conhecimento em relação ao sistema.

Neste estudo, mesmo com as limitações apontadas pelos profissionais em relação ao sistema, identificou-se que o SIAB foi visto como um instrumento importante nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação, porém falta-lhes capacitação para que suas potencialidades possam ser exploradas, onde a utilização do sistema na rotina desses profissionais, enquanto ferramenta de trabalho, possa modificar e qualificar as práticas em saúde, sendo considerado um grande desafio para as equipes e gestores municipais.

As fragilidades encontradas neste estudo refletem a necessidade de mudanças de práticas assistenciais e gestoras, de forma que estas sejam importantes para a consolidação da ESF enquanto modelo de reorganização do sistema de saúde. Todavia o estudo trouxe a possibilidade de identificar opiniões, atitudes explícitas e conscientes do processo de trabalho dos enfermeiros, levantando dados concretos relacionados à utilização do SIAB, de forma que os resultados refletiram em informações valiosas e poderão ser comparados ao longo do tempo, viabilizando uma visão evolutiva da utilização desse sistema.

Conclui-se com o estudo que os enfermeiros são os profissionais diretamente envolvidos com o SIAB, porém falta-lhes a capacitação necessária para explorar suas potencialidades, indicando a educação permanente como fator importante nesse processo; e ao referirem as suas dificuldades com o sistema, apontaram limitações técnicas e gestoras para a concretização de práticas eficientes no cotidiano das equipes de Saúde da Família.

Descritores: 1. Saúde da Família. 2. Informação. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem.

ABSTRACT

In Brazil the reorganization of Basic Attention has been performing through the Family Health Strategy (FHS) constituting itself as entrance of health services in accordance to the SUS principles. In the referred strategy the nurse has been performing assisting and managing actions and for this action Information System of the Basic Attention (SIAB) must be constituted as primordial tool in the work process. In this context our study has proposed to identify self knowledge referred to the nurse inserted in FHS about SIAB and its utilization. For it we have done a descriptive study and having as methodological base the construction and analysis of data in quantitative research. Our sample has been constituted by 39 nurses belonging to the 26 municipalities from DRS XIII-Ribeirão Preto, which have FHS in its health local system.

In this system we have identified in relation to the studied professional profile that 97% were female, 56% were between ages 20 to 39 years, 49% had less than 2 years on teams and 70% did not have any specialization in family health or collective health. The utilization of SIAB is done by 92% of teams, in 64% of them did not have training, being 92% of them are the nurses who manage it.

The objectives in the management of SIAB are over 50%: system feed, action schedule, monitoring and team work evolution.

Regarding the system know how we have identified that 85% of the studied professionals know their collect form and data consolidation, being 72% prefer to analyze them before their insertion.

Among the main reasons which lead these professionals to use the system , we have found that 28% utilize for monthly feed of the data, 16% evolution actions, 18% monitoring.

Other identified point in our study was devolving lack of the managers in relation to the produced data by the teams where 62% do not own devolution of the produced data and when they have occurs on account of the municipalities.

The lack of devolution according to the studied professionals is pointed out because of the manager's lack knowledge for monitoring actions and evaluation 33% and its association to the financial incentive from federal government 21%.

Thus the lack of devolution has been associated by 16% these professionals concerning one of the main difficulties in relation to the it, following 15% lack of computers, 14% indicator deficiency, 13% lack system knowledge.

Our study has brought the possibility for us to identify the opinions explicit attitudes and aware of the work process of the nurses, raising concrete data related to the utilization of the SIAB, thus our results reflect in information that might be compared through the time, permitting evolution raise of utilization of this system.

We have concluded with the study that the nurses are the most involved professionals with SIAB, but it lacks them education to explore their potentialities, indicating the continuing education as an important factor in this process, and to refer to their difficulties with the system, it was pointed out limitations to the achievement of efficient management practices of the Family Health Units

Key Words:1. Family Health, 2. Information, 3.Primary Health Care,4.Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1. A construção das informações nas Equipes de Saúde da Família.....	33
Mapa 1. Distribuição dos municípios pertencentes aos Colegiados de Gestão Regional(CGR).....	39
Gráfico 1. Enfermeiros participantes da pesquisa segundo os CGR, Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII - Ribeirão Preto, 2010.	52
Gráfico 2. Distribuição do tempo de atuação dos enfermeiros nas Equipes de Saúde da Família dos CGR do DRSXIII.....	54
Gráfico 3. Distribuição dos enfermeiros vinculada à Equipe de Saúde da Família segundo a faixa etária, 2010.....	56
Gráfico 4. Equipes de SF segundo os membros que utilizam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em sua rotina de trabalho.....	59
Gráfico 5. Enfermeiros segundo a análise dos dados antes do registro no SIAB, 2010.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos CGR, seus respectivos municípios e população estimada.....	40
Quadro 2. Taxa de internação por fratura de Colo de Fêmur e Cobertura Vacinal contra influenza na população > 60 anos nos CGR do DRS XIII , 2006 a 2008.....	41
Quadro 3. Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginal na faixa etária de 25 a 59 anos nos CGR do DRS XIII, 2006 a 2008.....	41
Quadro 4. Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal (CMNN) e Pós-Natal (CMPNN) e Coeficiente de Mortalidade Materno nos CGR do DRS XIII.....	42
Quadro 5. Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas nos CGR do DRS XIII, período de 2006.....	43
Quadro 6. Distribuição de Unidades Básicas de Saúde por habitantes e Distribuição da cobertura de ESF nos municípios do CGR, pertencentes ao DRS XIII - Ribeirão Preto, 2007 e 2008.....	44
Quadro 7. Distribuição dos profissionais que alimentam a produção mensal do SIAB.....	64

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AG	Autorização do Gestor
APS	Atenção Primária à Saúde
CE	Consentimento dos Enfermeiros
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensão Arterial e Diabetes
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMA2	Relatórios de Produção e Marcadores para Avaliação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS	Política Nacional de Informática e Informação em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RF	Reforma Sanitária
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN Sistema Nacional de Agravos e Notificações
SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SIS Sistema de Informação em Saúde
SISPRENATAL Sistema de Informação em Saúde do Pré-Natal e Nascimento
SISVAN Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
SNIS Sistema Nacional de Informação em Saúde
SNS Sistema Nacional de Saúde
SSA2 Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE SIGLAS	13
1. INTRODUÇÃO	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 Breve Histórico do Sistema de Saúde no Brasil	19
2.2 Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.....	21
2.3 O papel do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	24
2.4 O Sistema de Informação no Brasil.....	27
2.5 O Sistema de Informação de Atenção Básica	31
3 OBJETIVOS.....	37
3.1 Objetivo Geral	37
3.2 Objetivos Específicos.....	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 Local de Estudo	38
4.1.1 Descrição e análise da situação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) – DRS XIII	40
4.1.2 Capacidade instalada e recursos disponíveis.....	44
4.2 Tipo de Estudo	45
4.3 Sujeitos do Estudo e Critérios de Inclusão e Exclusão	46
4.3.1 Critérios de inclusão	46
4.3.2 Critérios de exclusão.....	46
4.4 Variáveis do Estudo.....	47
4.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	47
4.6 Pré - teste do questionário	48
4.7 Aproximação do Campo de Estudo	48
4.8 Questões Éticas.....	48
5. ANÁLISE DOS DADOS	50
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	51

6.1 Descrição da autorização dos gestores municipais e consentimento enfermeiros no estudo	51
6.2 Identificação dos profissionais que utilizam o sistema	53
6.3 Conhecimento sobre o sistema e a sua utilização	58
6.4 Quanto ao seu uso como instrumento de monitoramento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família.....	63
7 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXO A – Pauta dos Colegiados de Gestão Regional.....	79
ANEXO B – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa.....	83
Apêndice A – Carta de autorização do Secretário Municipal da Saúde.....	85
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
Apêndice C – Questionário.....	89
Apêndice D - Relação dos municípios e seus respectivos CGR que possuem ESF em seu modelo de atenção à saúde do DRS XIII – Ribeirão Preto, consentimento do gestor em participar do estudo, número de questionários enviados e devolvidos e colegiados a que eles pertencem.	94

1. INTRODUÇÃO

Num cenário de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia estrutural dos sistemas municipais, visando à reorganização do modelo assistencial imprimindo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL, 2007), aproximando-se dos pressupostos da AP trazidos por Starfield (2002), dentre eles: o primeiro contato aos serviços de saúde, longitudinalidade, abrangência dos cuidados, coordenação e a orientação à família e às comunidades.

A atuação do enfermeiro na ESF tem como proposta a organização tecnológica, a vigilância da saúde e sua programação, buscando a incorporação dos determinantes sociais do processo saúde-doença (NASCIMENTO, 2005). Aliado a essa prática, o enfermeiro assume funções gerenciais, envolvendo a supervisão do processo de trabalho das equipes, o planejamento, a coordenação, o monitoramento e a avaliação das ações em saúde (BRASIL, 2006).

O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) se apresenta como instrumento essencial para prática profissional do enfermeiro e lhes permite uma visão social e biológica das famílias cadastradas, da situação de saúde, do acompanhamento das famílias, bem como de atividades e de procedimentos produzidos pelas equipes, possibilitando o monitoramento e a avaliação dos serviços oferecidos. Representa, potencialmente, uma fonte de dados de grande valor para a realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, norteador o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações em saúde.

Hoje, vários estudos mostram a importância dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como instrumentos de organização dos serviços, (BRASIL, 2002), porém estes ainda são subutilizados. Em relação ao SIAB há estudos que trazem o enfermeiro como sendo o profissional com maior envolvimento em relação a este sistema, porém o seu uso ainda é incipiente (FREITAS, 2005). Outro autor traz que o sistema constitui um instrumento fundamental para a gestão das unidades apesar de haver a necessidade de reformulação trazendo a deficiência de conhecimento das equipes locais para sua utilização (SILVA, 2005). Para Barbosa (2006) a

subutilização do SIAB está relacionada, não só as falhas e limitação apresentadas pelo sistema, como também pela incompreensão e/ou despreparo dos profissionais envolvidos em sua utilização.

Peixoto (2008) traz que a subutilização dos sistemas de informação em saúde pode estar relacionada a:

- Existência de múltiplos subssistemas complexos, desarticulados, sem possibilidades de interoperar, imprecisos e sem contemplar a multicausalidade dos fatores que atuam no binômio saúde-doença;
- Concepção centralizada dos bancos de dados, sem a participação dos diferentes usuários da informação;
- Insuficiência de recursos materiais (equipamentos e conectividade) e recursos humanos para operar os sistemas;
- Insuficiência de recursos humanos qualificados e de processos de educação permanente das equipes de informação e informática em saúde;
- . Fragilidade na implementação de mecanismos contínuos de avaliação da qualidade da informação;
- Desvalorização do processo de trabalho relacionado ao registro e coleta da informação no nível local, agravado pela ausência de retorno da informação;
- Fraca identidade da área de informação e informática em saúde nas estruturas organizacionais;
- Dificuldades no processo de apropriação da informação em saúde pelos conselhos de saúde, profissionais e usuários do SUS;
- Insuficiência de métodos de tratamento e instâncias responsáveis pela análise e sistematização da informação apropriada à gestão.

Todos esses fatores se interligam com o precário conhecimento sobre os sistemas de informação em saúde, gerando dificuldades de acesso e pouca difusão da informação.

Nesse estudo, buscou-se identificar o conhecimento autorreferido dos enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o SIAB, de forma que o conhecimento do sistema de informação se faz necessário para sua efetivação, enquanto ferramenta de gestão, para a organização das ações e serviços de saúde por meio do planejamento, monitoramento e avaliação das equipes.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breve Histórico do Sistema de Saúde no Brasil

A partir dos anos 70, ocorreram vários movimentos de promoção à saúde. Carvalho (2004) nos traz o relatório Lalonde, desencadeando, no Canadá, o movimento de Promoção à Saúde, que teve início em 1974, e cujo objetivo foi “*adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos*”, garantindo qualidade de vida aos indivíduos e coletividade.

Em 12 de setembro de 1978, ocorreu em Alma Ata a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, expressando a necessidade de ações de promoção à saúde por parte dos governos, profissionais de saúde, e comunidade mundial.

Sendo a saúde conceituada como estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença, definida como um direito humano fundamental, que requer ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ALMA ATA, 1978).

Alma Ata trouxe a proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia para ampliar o acesso de forma igualitária para a população, por meio da declaração: “*Saúde para todos até o ano 2000*” (ALMA ATA, 1978).

A APS é apresentada como porta de entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e compartilha com os outros níveis assistenciais a responsabilidade pelo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, objetivando alcançar as necessidades das demandas populacionais em uma rede integrada de serviços.

Segundo Starfield (2002), a APS oferece atenção às pessoas nas suas diversas necessidades e problemas, apresentando como característica primordial o acesso universal, a responsabilização, a qualidade integral, as ações de prevenção, de tratamento, de reabilitação e o trabalho em equipe, em que a condição de porta de entrada transcende para a assistência contínua e integral, tendo a capacidade de interagir, organizar e racionalizar todos os outros níveis assistenciais.

No Brasil, trazer a Constituição Federal (CF) ajuda-nos a compreender melhor a implementação da APS por meio da ESF.

Conhecida como “Constituição Cidadã”, por ter como marca muitos direitos de cidadania, entre eles: *Saúde como direito de todos e dever do Estado*, sendo esse responsável pela garantia de saúde para todos, por meio de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução de doenças e seus agravos, assegurando o acesso universal e igualitário (MATTOS, 2001).

A CF de 1988 institucionalizou o SUS e regulamentou princípios éticos / doutrinários que dizem respeito à saúde: **Integralidade**- eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, por meio de assistência integral, resolutive e contínua à população adscrita em domicílio, na unidade e na comunidade abrangendo ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde como um todo; **Universalidade**-garantia em oferecer à população o acesso a todos os serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo poder público; **Equidade**- garantia de acesso de toda população aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade real e os princípios organizacionais/operativos; **Regionalização e Hieraquização** - previsão da organização de serviços orientados para resolver a necessidade da população por níveis hierárquicos, de acordo com a complexidade dos serviços e ações de saúde ofertadas garantindo o acesso, a resolutividade e a qualidade da assistência prestada - Forster (1999); **Descentralização** – direcionamento aos estados e municípios, redefinindo as atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo e a **Participação Popular**- definição das políticas de saúde (ESCOREL, 2007).

Segundo Rosa (2005), várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias criaram condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a lei regulamentadora do SUS: 8080/90 e a 8142/90, assegurando participação popular na gestão do SUS por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. Em virtude do SUS ser, ainda, um sistema em construção, vários instrumentos foram criados, a fim de reorientar a sua implantação. Dentre eles destacamos: as Normas Operacionais Básicas (NOB) constituídas de instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo MS, Norma Operacional de Assistência à Saúde e o Pacto pela Saúde. Esses são responsáveis pela definição dos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e regulamentam as relações entre os gestores do SUS.

O período de 1992 a 1996 ficou marcado pelo movimento da municipalização da saúde com as diretrizes do Grupo Especial de Descentralização

do MS. Considerado uma evolução na área do financiamento da saúde, nesse período estabeleceram-se as transferências fundo a fundo, e mantiveram-se os repasses ambulatoriais e hospitalares a partir de tetos orçamentários.

Santini (1992) define SUS como: Sistema Único, visto que segue a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas de governo: Federal, Estadual, e Municipal, garantindo ações e serviços de saúde integrados objetivando às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir desses princípios, o processo de construção do SUS visa a redução do estreitamento existente entre os direitos adquiridos pela constituição e a sua capacidade efetiva da oferta de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2000a). Apesar dos princípios do SUS não terem atingido sua plenitude, é inegável os avanços obtidos no setor de saúde desde a sua implantação, destacando o processo de descentralização por meio da municipalização da saúde e a adoção de medidas para o fortalecimento da Atenção Básica (AB), contrapondo-se à herança hospitalocêntrica, de caráter assistencialista, curativo e individual.

2.2 Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

AB é entendida pelo MS como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (BRASIL, 2006 12p)

A ESF vem sendo adotada pelo MS como estratégia de reorganização do modelo assistencial e de fortalecimento da AB no Brasil, imprimindo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SCOREL, 2007), incorporando os princípios do SUS, aproximando-se dos pressupostos da AP

trazidos por Starfield (2002), dentre eles: o primeiro contato aos serviços de saúde, longitudinalidade, abrangência dos cuidados, coordenação e a orientação à família e às comunidades.

A criação da ESF deu-se no início da década de 90, com o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Tinha como objetivo o combate às epidemias e a redução das taxas de mortalidade materna-infantil nas regiões norte e nordeste brasileiro, por meio da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas desprovidas. A experiência do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) trouxe o enfoque da família como unidade de ação programática de saúde e não apenas o indivíduo, introduzindo a noção de cobertura familiar nas ações à saúde (ROSA, 2005).

Paralelamente a esse contexto, ocorria o movimento pela descentralização e municipalização dos serviços de saúde favorecendo o desenvolvimento desse programa. Em 1996 com a publicação da NOB 96 instituiu-se o Piso de Atenção Básica (PAB) como incentivo à consolidação do programa e em virtude da mudança na lógica do financiamento atrelado a cobertura populacional ESF/PACS, redefiniu-se as responsabilidades das três esferas de governo (CORTEZ, 2006).

Em 2006 criou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo os princípios gerais para a AB, fortalecendo a ESF como modelo de reorganização da atenção à saúde, por meio de diretrizes e normas (BRASIL, 2006).

A PNAB determinou que, para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), deveria haver uma estrutura mínima que possibilitasse o seu funcionamento com autonomia junto à população adscrita, qualificando e humanizando a atenção à saúde, com competências definidas para cada esfera de governo, bem como diretrizes para os repasses e suspensão de recursos financeiros, de forma que a efetivação da transferência dos recursos que compunham os incentivos relacionados ao PAB variável tivessem por base, os dados disponíveis no SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização era dos gestores do distrito federal e dos municípios (BRASIL, 2006).

Outro ponto importante a ser destacado, ainda no ano de 2006, foi a instituição da portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, que definiu diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Essa reforçou o papel da saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da AB, considerando as diferenças loco-regionais, assegurando as ações de qualificação dos seus

profissionais por meio de educação permanente, qualificando a ESF nos pequenos, médios municípios e grandes centros urbanos, garantindo a infra-estrutura, os recursos materiais, os equipamentos e os insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços, ou seja: financiamento da AB pelas três esferas de gestão do SUS, inserção de profissionais nas redes locais de saúde por meio de vínculos de trabalho que favorecessem o provimento e fixação dos mesmos, implantação do processo de monitoramento e avaliação com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Quando se adota a ESF como modelo de reorganização do sistema de saúde, desenvolve-se uma nova concepção de saúde por meio das ações de promoção, prevenção, recuperação e cura da saúde dos indivíduos inseridos nas famílias da comunidade considerando a singularidade, a complexidade, a integralidade, a inserção sócio-cultural reduzindo danos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. Garante-se, também, uma nova forma de atuação das Unidades de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população adscrita, com capacidade resolutiva de 85% dos problemas de saúde mais comuns da comunidade (BRASIL, 2000a). Essa mudança estrutural é considerada relevante para a saúde pública brasileira, pois se assume o compromisso de prestar assistência integral, equânime, contínua e resolutiva na unidade de saúde, na comunidade e em domicílio, sendo capaz de identificar fatores de risco aos quais estão expostos intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2000b).

A constituição da equipe mínima para a ESF dá-se por: um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS, tendo como característica primordial o trabalho interdisciplinar, com competências e responsabilidade definidas entre seus membros, conforme atribuições estabelecidas pelo MS. Considera-se como área de atuação o território definido onde vivem e trabalham em torno de 4500 pessoas distribuídas, em no máximo, 1000 famílias, permanecendo sob responsabilidade da equipe, os cuidados de saúde da população (BRASIL, 2006). Quando se fala em trabalho interdisciplinar aborda-se um questionamento quanto às certezas profissionais e estímulo a comunicação horizontal entre os membros da equipe (BRASIL, 2000b).

No processo de trabalho da eSF, essa responsabiliza-se por uma área, onde se programam as atividades, priorizam os problemas mais frequentes,

assegurando a responsabilidade de assistência resolutive, por meio do desenvolvimento de ações educativas, a fim de intervir no processo saúde-doença, ampliando dessa forma o controle social na defesa da qualidade de vida. Para tal, utiliza-se de ações focais sobre os grupos e fatores de riscos comportamentais, alimentares, ambientais, prevenindo o aparecimento ou o agravamento de doenças e danos que possam ser evitados.

No campo assistencial, permite atenção à saúde de forma integral e contínua à população adscrita, garantindo acesso ao apoio diagnóstico, assim como o seu acolhimento, prestando atendimento inicial às urgências médicas e odontológicas, desenvolvendo ações intersetoriais, de forma a apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e controle social, participação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações produzidas pela equipe, sendo este um dos pontos que será discutido nesse trabalho (BRASIL, 2006).

Na referida estratégia, os profissionais apresentam atribuições comuns tais como: participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, levantamento do diagnóstico de saúde da área, realização do cuidado em saúde da população adscrita no âmbito domiciliar, na unidade de saúde e na comunidade, desenvolvimento de atenção integral conforme a necessidade da população e que lhes assegura as ações de promoção, prevenção, recuperação e cura, realização de busca ativa e notificação de agravos, participação das atividades de planejamento e avaliação das ações a partir dos dados produzidos pela equipe disponíveis no SIAB (BRASIL, 2006).

Nesse estudo, apesar de entender-se a importância do trabalho em equipe para a efetivação da ESF, dar-se-á ênfase ao papel do enfermeiro aliado às suas funções gerenciais nas equipes de saúde da família (eSF).

2.3 O papel do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Com a impulsão do processo de descentralização do SUS, muitas mudanças no processo de gestão e prestação de serviços ocorreram. Os municípios assumiram a organização, o controle, a avaliação dos serviços e as ações de saúde, como também a participação nas ações de planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada.

Nesse processo a enfermagem participou significativamente, principalmente quando se refere a ESF (WITT, 2005). A enfermagem é apontada como uma das classes profissionais mais mobilizadas com a gerência das unidades de saúde cabendo a ela juntar-se aos demais profissionais viabilizando os compromissos do SUS.

Em relação ao processo gerencial, Mishima (2000) o traz como uma ação voltada para a consecução dos objetivos com caráter articulador e integrador, sendo determinado e determinante na organização dos serviços e fundamental para a efetivação das políticas de saúde.

O gerenciamento de um serviço de saúde é caracterizado pela análise do processo de trabalho, identificação dos problemas, busca de soluções para a reorganização das práticas fatores esses indispensáveis no processo de consolidação do SUS. (WEIRICH, 2009).

Dentre as competências gerenciais dos enfermeiros, destaca-se a análise crítica para a tomada de decisão, desenvolvimento do pensamento autônomo, organização de redes de serviço de saúde, desenvolvimento de instrumento para avaliação da situação de saúde, elaboração de estratégias de intervenções quando necessárias, identificação das potencialidades e limitações institucionais e implicações sobre a administração do serviço.

No Brasil, desde o início da história da Enfermagem, na década de 20, ficou estabelecido sua relação com a saúde pública, onde o enfermeiro assumia o papel de visitador focado na educação sanitária, em virtude do contexto histórico que o país enfrentava.

A partir da década de 50, com hegemonia do modelo assistencial biomédico, hospitalocêntrico, curativo e individualista iniciou-se um movimento pela conscientização da integração das ações curativas e preventivas pautadas no atendimento integral, com extensão de assistência à saúde não apenas do indivíduo, mas a família e a comunidade, considerando fatores sociais e econômicos como componentes importantes no processo saúde-doença.

No Estado de São Paulo, a partir da década de 70, com a instituição do modelo de programação em saúde, as ações passaram a ser intermediadas pelos enfermeiros, cabendo-lhes as atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação da equipe de enfermagem, e atuação nas ações de vigilância epidemiológica, reuniões de grupo com a comunidade, supervisão de visitas

domiciliares e atividades educativas, deixando explícito sua função gerencial predominantemente na rede de atenção à saúde (VILLA, 1997).

Com a implantação do SUS, no final da década de 80, os serviços públicos de saúde passaram por mudanças no modelo assistencial, de forma que novas práticas se constituíram. Em meados da década de 90, com a implantação da ESF, a prática da enfermagem retomou o modelo adotado na década de 70, buscando a reformulação e a integração das ações em saúde com os demais profissionais da equipe (PEDUZZI, 2000), assegurando as ações de promoção, prevenção, recuperação e cura de acordo com as atribuições legais de sua profissão e diretrizes do MS.

De acordo com Brasil, 2006, o enfermeiro, enquanto membro da eSF, vem desempenhando um papel importante nas ações assistenciais que asseguram a continuidade do cuidado como também nas ações gerenciais organizando grupos de pacientes portando patologias específicas como hipertensão arterial, diabetes, saúde mental entre outras, supervisionando ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem (AE), planejando, coordenando, executando e avaliando as ações realizadas nas USF (BRASIL, 2006).

Para tal, a utilização do SIAB faz-se necessária como ferramenta para as ações de planejamento, de monitoramento e de avaliação das ações executadas pelas eSF (BRASIL, 2006). Essas ações estão entrelaçadas com a atuação gerencial do enfermeiro, não apenas na ESF como também em programas instituídos, uma vez que, com a gestão plena do sistema, os municípios passam a ter maiores responsabilidades, sobretudo frente à coordenação e execução das ações e serviços de saúde, de forma que elas tornam-se obrigatórias para o direcionamento das ações.

A função gerencial no trabalho do enfermeiro é uma competência fundamental que auxilia o cotidiano das equipes dentro das perspectivas da consolidação dos SUS. Para desenvolver essa função nos serviços de saúde, o enfermeiro deve estar em sintonia com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, dimensionada no: pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pela Gestão. (WEIRICH, 2009). Assim, esse profissional, necessita ter uma visão ampla, com responsabilidade e compromisso, atuando como agente de mudança organizacional e social investindo na mudança do processo de trabalho.

Um ponto importante para o gerenciamento das equipes relaciona-se com a produção da informação em saúde, onde a utilização dos dados produzidos pelas equipes, sua sistematização e análise subsidiam os processos decisórios (PETERLINE, 2006), que são essenciais para a gestão do trabalho e contribuem para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Para monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde realizados pelas equipes de Saúde da Família, em 1998, o MS através da Equipe de Coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretária de Assistência à Saúde, solicitou ao DATASUS o desenvolvimento de um sistema operacional especial para o gerenciamento das informações em saúde (BRASIL, 1998).

2.4 O Sistema de Informação no Brasil

Em virtude da lei 8080/90, coube ao MS a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), assim como a construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Para tal, criou-se o Departamento de Informação e Informática em Saúde no MS (BRASIL, 2004). A Estratégia da PNIIS tem como propósito:

“[...] promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, gestão, prática profissional, geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação do acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.” (BRASIL, 2004. p16)

No Brasil, o DATASUS é o órgão responsável pelo suporte técnico e normativo na área de informática do SUS, ou seja, pela coleta, processamento e disseminação das informações em saúde (BRASIL, 2007).

São suas principais linhas de atuação:

- Manutenção das bases nacionais do Sistema de Informação em Saúde;
- Disseminação de Informação em Saúde para a Gestão e o Controle Social do SUS, bem como apoio à pesquisa;
- Desenvolvimento de sistema de informação de saúde necessário ao SUS;
- Desenvolvimento, seleção e disseminação de tecnologias de informática para a saúde, adequados ao país;

- Consultoria para elaboração de sistemas de planejamento, controle e operação dos SUS;
- Suporte técnico para informatização dos sistemas de interesse do SUS, em todos os níveis;
- Normatização de procedimentos, software e de ambientes de informática para o SUS;
- Apoio à capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde para a absorção dos sistemas de informação em nível de competência;
- Incentivo à Rede Nacional de Informação em Saúde na Internet, e outros serviços complementares de interesse do SUS, como as redes físicas (BRASIL, 2007).

Para Castro (2003), o SIS constitui um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, sendo esse necessário para organização, operacionalização dos serviços de saúde, investigação e planejamento das ações de saúde.

Os SIS são concebidos segundo a lógica de organização dos sistemas de saúde (BRASIL, 2009), com a finalidade de acompanhar e assegurar a produção de dados que avaliem a situação de saúde da população e que sirvam de base para o planejamento local como um instrumento para as práticas de atenção e gestão da saúde (THAINES, 2009), selecionando os dados pertinentes aos serviços transformando-os em informações, cabendo, neste momento, a diferenciação entre dado e informação.

O dado configura uma sequência de símbolos quantificáveis, não exprimindo a realidade de uma situação de saúde, de forma que para o dado fazer sentido é necessário que seja analisado e interpretado, podendo ser considerado uma descrição limitada.

Já a informação vem como uma descrição mais ampla, baseada em explicações, de forma que o dado não faz parte de uma informação, mas sim, de sua representação, que será interpretada e terá sentido de acordo com cada interpretador (SETZER, 1999).

Nesse sentido, a qualidade da informação é condição primordial para a análise objetiva da situação sanitária, tomadas de decisões e programação das ações de saúde. (LIMA, 2009). Para tal, é importante a capacitação periódica dos

profissionais envolvidos com a produção e análise dos dados, além de um monitoramento regular dos dados disponibilizados pelos sistemas.

Quando se fala em informação, é importante ressaltar a sua qualidade e assertiva como um instrumento de controle social no SUS, possibilitando o acompanhamento e avaliação fidedigna dos serviços de saúde, assegurando-lhes a priorização de ações de acordo com as realidades locais, assim como a fiscalização da aplicação de recursos direcionados à estratégia de organização do sistema e como instrumento de gestão que favoreça a descentralização e a democratização das informações em saúde.

A NOB 93 organizou e operacionalizou o SNIS definindo, além das diretrizes da municipalização, a descentralização dos SIS como mecanismo de gerenciamento nas instâncias estaduais e municipais (PETERLINE, 2006).

O primeiro SIS implantado no Brasil, foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e assim desenvolvidos e implantados outros SIS. (BRASIL, 2000c).

As principais bases de dados e sistemas de informações em saúde são:

- **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** – o mais antigo sistema de informação do país. Sua fonte de informação é a Declaração de Óbito (DO). A responsabilidade da coleta de dados e tratamento das informações é municipal.
- **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)** – teve 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)** – destinou-se ao acompanhamento do Programa de Combate às Carências Nutricionais.
- **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)** – abrangeu 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 advêm de dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

- **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)** – teve como objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças transmissíveis e imunopreveníveis, através da imunização sistemática da população.
- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** – responsável pela coleta dados nas declarações de Nascidos Vivos (DN), sendo 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 assistência ao pré-natal.
- **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA)** – 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)** – responsável pela coleta de 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)** – responsável pelo acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do SUS, que define uma gama de procedimentos para assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2000d).
- **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia)** – permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, gerando informações para a gestão municipal, estadual e federal e constituindo-se como uma ferramenta útil para os profissionais da rede básica (BRASIL, 2002a).
- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** – 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.

Frente a um amplo processo de mudanças no SUS, os SIS contribuíram, principalmente, no que diz respeito ao planejamento, à formulação de propostas, ao acompanhamento, ao monitoramento, a avaliação das ações e serviços e à regulação do sistema (OLIVEIRA, 2010), assim como para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS. (BRASIL, 2004).

O fortalecimento do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro intensificou-se com a criação do Pacto pela Saúde, trazendo mudanças significativas para a sua execução, tendo a regionalização solidária e cooperativa como eixo estrutural do processo de descentralização, na qual os municípios ganharam significativa relevância (BRASIL, 2006).

Um dos princípios fundamentais do Pacto pela Saúde é o respeito às diferenças locais, reforçando a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalecendo desta forma o controle social, por meio da atenção integral à saúde, redefinindo instrumentos de regulação, programação e avaliação (BRASIL, 2006).

Segundo Oliveira (2010), a função dos municípios vai além da coleta de dados para os SIS, eles devem participar ativamente de todo o processo desde a coleta de dados até a análise e avaliação das informações produzidas por ele auxiliando a gestão a intervir nas ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade local.

2.5 O Sistema de Informação de Atenção Básica

O SIAB foi criado em 1998 pelo DATASUS como instrumento gerencial, incorporando, em sua formulação, conceitos básicos como território, problema e responsabilidade sanitária, permitindo a microespacialização dos problemas de saúde e a avaliação de intervenção para produção de indicadores que auxiliem na organização das ações de saúde, a partir da realidade sócio econômica, cultural, demográfica, epidemiológica e identificação de grupos específicos da população adscrita (BRASIL, 2002).

O objetivo principal deste sistema é o monitoramento e avaliação das ações produzidas pelas eSF, auxiliando a organização do processo de trabalho.

Segundo Bittar (2009), o SIAB trata-se de um sistema territorializado, onde os dados são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde e consolidados pela

equipe; a coleta dos dados é realizada no âmbito domiciliar, possibilitando a construção de indicadores populacionais referentes à área de abrangência da equipe e possibilitando o planejamento das ações de saúde de acordo com a necessidade local regional. Ele agrega dados que geram informações sobre a população atendida por meio do preenchimento de fichas de cadastro e acompanhamento, as quais devem ser objeto de discussão da equipe (NICHIAITA, 2001).

O SIAB pode ser utilizado por qualquer modelo de atenção à saúde presente no município: Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), ESF, UBS, que nesse modelo assistencial o seu preenchimento pode ser falho devido à falta de informações sobre território definido, adscrição da população e acompanhamento mensal dos ACS.

Para a qualificação municipal à ESF, assim como, para o recebimento do incentivo financeiro às eSF, é obrigatória a implantação do SIAB, e cumprimento de seu fluxo para alimentação do banco de dados.

Para que o município possa utilizar o SIAB, é necessário:

- Definir os segmentos territoriais urbano ou rural;
- Definir a área de abrangência das equipes;
- Identificar o modelo de atenção vigente (PACS, ESF, e outros);
- Identificar a unidade de saúde vinculada à equipe;
- Definir as microáreas;
- Cadastrar e acompanhar as famílias pertencentes à área de abrangência.

O sistema é composto por um software, fichas (A, B, C e D) e relatórios (SSA2, SSA4, PMA2, PMA4 e A1 e A2). O software utiliza três formulários de entrada dos dados sendo um para cadastramento, um para informações em saúde e o outro para as informações de produção e marcadores para avaliação e cabendo à equipe a alimentação desses formulários com os dados das famílias cadastradas e com o preenchimento dos relatórios (BRASIL, 2003).

Segundo Figueiredo (2009), nesse momento a equipe deve olhar os dados produzidos e transformá-los em informação, para fortalecer o SIAB enquanto ferramenta de estruturação e consolidação da ESF

A construção das informações nas equipes de saúde da família, segundo Nichiata (2001), segue as seguintes etapas:

Fluxograma 1 – A construção das informações nas Equipes de Saúde da Família (NICHATA, 2001).

De forma que, para a geração garantida dessas informações, é preciso dispor de:

- Dados demográficos (idade, sexo, ocupação, escolaridade);
- Dados relativos de agravos à saúde que incidem sobre os indivíduos e famílias, principalmente no que diz respeito à morbi - mortalidade;
- Dados sobre a organização dos serviços de saúde e os recursos sociais disponíveis (NICHATA, 2001).

As informações produzem relatórios que auxiliam tanto as equipes quanto os gestores municipais a acompanharem e avaliarem a qualidade da assistência prestada.

Os principais instrumentos de coleta do SIAB são:

1. Ficha A - refere-se à ficha de cadastro e levantamento de dados: idade, sexo, escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde referidos. Essa ficha é preenchida pela ACS no momento do cadastro da família e deve ser atualizada mensalmente;
2. Fichas B e C - são fichas de acompanhamento que retratam a situação de saúde de risco: acompanhamento de gestante (Ficha B – GES); acompanhamento de hipertensos (Ficha B – HÁ); acompanhamento de diabéticos (Ficha B – DIA);

acompanhamento de pacientes com tuberculose (Ficha B – TB); acompanhamento de pacientes com hanseníase (Ficha B – HAN); acompanhamento de crianças (Ficha C);

3. Ficha D - caracteriza-se pelo registro de atividades, procedimentos e notificação de agravos, que deve ser produzido mensalmente por todos os membros da equipe (BRASIL, 1998).

Os dados gerados por meio das fichas de coleta podem ser agregados ou consolidados antes de serem digitados no SIAB. Após o processamento dos dados no sistema, são produzidos alguns relatórios de indicadores, dentre eles:

1. Cadastro familiar - retrata os indicadores demográficos e sócio-sanitários por microárea, área, segmento territorial, zona urbana-rural, município, estado e região;
2. Relatório de Situação de Saúde e acompanhamento das famílias (SSA2) - consolida mensalmente as informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas por área, segmento territorial, zona urbana-rural, município, estado e região;
3. Relatório de produção e marcadores (PMA2) - consolida mensalmente as informações sobre a produção de serviços, ocorrência de doenças e ou situações consideradas como marcadoras área, segmento territorial, zona urbana-rural, município, estado e região.

Os relatórios do SIAB permitem o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliação dos serviços de saúde oferecidos, propiciando adequações necessárias melhorando a qualidade da assistência prestada. Além de avaliar, o SIAB agrega informações e realiza seu processamento, onde as informações recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento que devem ser analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados (SILVA, 2005), oferecendo informações oportunas no processo de decisão em saúde. Além dos relatórios, o SIAB dispõe de 46 indicadores que permitem realizar a caracterização da situação sócio-sanitária, perfil epidemiológico, acompanhamento de ações e metas de saúde desenvolvidas pela eSF, descritos abaixo:

A) Indicadores de cadastramento das famílias:

- Características das pessoas;
- Características do domicílio;
- Condições de saneamento;

B) Indicadores de acompanhamento de grupos de riscos:

- Crianças menores de dois anos;
- Gestantes;
- Hipertensos;
- Diabéticos;
- Tuberculose;
- Hanseníase;

C) Indicadores de registro de atividades, procedimentos e notificações:

- Proporção de pessoas cadastradas por pessoas estimadas;
- Proporção de visitas domiciliares realizadas nas famílias cadastradas;
- Proporção de pessoas cadastradas com plano de saúde;
- Proporção de crianças de zero a 11 meses com vacina em dia;
- Proporção de crianças menores de dois anos que tiveram diarreia e utilizaram terapia de reidratação oral;
- Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer;
- Taxa de mortalidade infantil;
- Taxa de mortalidade materna;
- Proporção de hipertensos na população coberta;
- Proporção de diabéticos na população coberta;
- Proporção de acidente vascular cerebral na população coberta;
- Percentual de consultas médicas realizadas em residentes nas áreas de abrangência da ESF;
- Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo;

D) Marcadores de Atenção Básica:

- Acidente Vascular Cerebral;
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Citologia Oncótica indicando carcinoma *in situ*;
- Doença hipertensiva específica da gravidez (forma grave);
- Recém-nascido com peso inferior a 2500g;
- Doença hemolítica perinatal;
- Hospitalização em menores de cinco anos por pneumonia;
- Hospitalização em menores de cinco anos por desidratação;

- Hanseníase com grau de incapacidade II e III;
- Valvulopatias reumáticas em pessoas de cinco a 14 anos;
- Gravidez em menores de 20 anos;
- Fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos;
- Hospitalização por abuso de álcool;
- Internação em hospital psiquiátrico;
- Hospitalização por complicação do diabetes;
- Hospitalização por outras causas;
- Óbitos em menores de um ano por diarreia;
- Óbitos em menores de um ano por infecção respiratória aguda;
- Óbito em mulheres de 10 a 49 anos;
- Óbitos de adolescentes (10 a 19 anos) como consequência de violência.

O repasse do incentivo financeiro às eSF requer a alimentação obrigatória do SIAB mensalmente. Em contrapartida, os municípios que não cumprem esta obrigatoriedade por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no período de um ano, estão sujeitos a suspensão do repasse financeiro pelo MS (BRASIL, 2007), ou até mesmo ao descredenciamento da equipe (BRASIL, 2000c).

Nesse contexto, fica evidente a importância do sistema de informação para o trabalho das eSF, visto que é um instrumento de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, de forma que a sua utilização efetiva pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, por meio da análise de seus indicadores. Diante do exposto, neste estudo, pretendeu-se responder qual o conhecimento autorreferido dos enfermeiros relacionados a uma importante ferramenta de trabalho para as equipes: o SIAB, já que assume a função gerencial das eSF.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento autorreferido dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 - Analisar como o enfermeiro utiliza o SIAB, quando o utiliza e para qual finalidade;

3.2.2 - Analisar o acesso do enfermeiro ao SIAB em relação à disponibilidade do equipamento e periodicidade de utilização;

3.2.3 - Analisar o conhecimento que os enfermeiros possuem sobre as fichas do SIAB e sua utilização;

3.2.4 - Caracterizar o conhecimento autorreferido dos enfermeiros das equipes sobre os instrumentos de coleta de dados e seus consolidados, à alimentação, à avaliação dos dados do SIAB e a sua utilização enquanto ferramenta de monitoramento e avaliação das equipes de saúde da família;

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Local de Estudo

O estudo foi realizado nos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde, de Ribeirão Preto - DRS XIII compostos pelos Colegiados de Gestão (CGR) Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras, que possuem a ESF como parte integrante de seu sistema de saúde. São os municípios: Jaboticabal (uma equipe), Guariba (uma equipe), Barrinha (uma equipe), Monte Alto (três equipes), Pontal (cinco equipes), Pradópolis (uma equipe), Cravinhos (uma equipe), Jardinópolis (três equipes), Luis Antonio (três equipes), Ribeirão Preto (24 equipes), Santa Rita do Passa Quatro (uma equipe), Serra Azul (duas equipes), Serrana (uma equipe), Altinópolis (cinco equipes), Batatais (quatro equipes), Cajuru (cinco equipes), Cássia dos Coqueiros (uma equipe), Santa Cruz da Esperança (uma equipe), Santo Antonio da Alegria (duas equipes).

O DRS XIII – Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo, com uma extensão territorial de 9.348 km². Faz divisa com os Departamentos Regionais de Saúde: XIV – São João da Boa Vista, XV – São José do Rio Preto, V – Barretos e VIII – Franca. A região abrangida por esse Departamento tem sua economia baseada, principalmente, na agropecuária, na agricultura e na indústria. Atualmente, a agroindústria sucro-alcooleira e o setor terciário são seus principais destaques no desenvolvimento globalizado.

Com o processo de regionalização ocorrido em 2007, o DRS XIII passou a abranger 26 municípios que foram divididos em três Regiões de Saúde, conforme mapa abaixo.¹

¹ Mapa disponibilizado pelo setor de planejamento do DRS XIII – Ribeirão Preto

Mapa 1 – Distribuição dos municípios pertencentes aos Colegiados de Gestão Regional (DRS XIII, 2010).

Nesse momento, realizaremos uma breve descrição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), a fim de delimitarmos o local de estudo.

Com a reforma administrativa implementada pelo Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, e das diretrizes do Pacto pela Saúde, a Secretaria do Estado da Saúde, a partir de 2007 desencadeou um processo inovador, reforçando o princípio da regionalização, estimulando junto aos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) o redesenho de suas regiões, definindo instrumentos para o planejamento, regulação e co-gestão regional, tendo como critérios: o reconhecimento, o fortalecimento da identidade cultural das regiões, a existência de fluxos favorecedores do acesso dos usuários e a possibilidade de ações articuladas, cooperadas e solidárias entre os gestores municipais e regionais. Esse processo teve como lema “menos norma e mais negociação”.

Os resultados esperados, nesse contexto, relacionaram-se a uma gestão solidária que redefiniu as responsabilidades sanitárias por parte dos municípios, principalmente no que diz respeito à organização da AB.

Dessa forma, os espaços de gestão colegiada foram criados em todo o Estado, valorizando os entendimentos regionais mais responsivos às necessidades identificadas a partir dos diagnósticos de saúde loco – regionais, atingindo um maior grau de eficiência e eficácia na produção do cuidado à saúde. (ROCHA, et al, 2010)

De acordo com o Pacto pela Saúde, as responsabilidades sanitárias, assumidas pelos gestores, passaram a ser consolidadas pelos Termos de Compromisso de Gestão, pactuadas entre os gestores de cada região de saúde, como também organizadas através dos CGR, e assumidas pelos municípios, de acordo com a densidade tecnológica da rede de serviços neles localizadas.

4.1.1 Descrição e análise da situação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) – DRS XIII

A) Indicadores demográficos

Quadro 1. Distribuição dos CGR seus respectivos municípios e população estimada

CGR	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Horizonte Verde	Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Sertãozinho	386.959
Aquífero Guarani	Cravinhos, Guataporá, Jardinópolis, Luiz Antonio, Ribeirão Preto, Santa Rosa do Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana, Santa Rita do Passa Quatro	757.917
Vale das Cachoeiras	Altinópolis, Batatais, Brodósqui, Cajurú, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria	126.564
Total		1.271.440

Fonte: Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo, 2010

A densidade demográfica, em média, do DRS XIII – Ribeirão Preto, é de 117,89 pessoas por Km².

Assim, as maiores densidades demográficas concentram-se respectivamente nos municípios polos de: Ribeirão Preto (169,66 pessoas/ km²), Sertãozinho (129,98 pessoas/km²) e Batatais (37,89 pessoas/km), sendo que essa região caracteriza-se por maior proporção de pequenos municípios (42,86%) rurais e nenhum de mais de 100 mil habitantes.

Para a descrição dos aspectos epidemiológicos e condições de saúde utilizamos os Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo, 2010.

B) Aspectos epidemiológicos e condições de saúde

Saúde do Idoso

Quadro 2. Taxa de internação por fratura de Colo de Fêmur e Cobertura Vacinal contra influenza na população > 60 anos nos CGR do DRS XIII, 2006 a 2008

TAXA DE INTERNAÇÃO POR FRATURA DE COLO DE FÊMUR				COBERTURA VACINAL CONTRA INFLUENZA NA POPULAÇÃO > 60 ANOS		
CGR	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Horizonte Verde	31,7	19,92	21,02	88,12	85,79	86,54
Aquífero Guarani	24,4	23,42	29,3	74,98	75,65	76,65
Vale das Cachoeiras	28,2	24,93	18,43	80,39	82,89	88,5

Fonte: Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo, 2010

O indicador de ocorrência de internação hospitalar por fratura de fêmur, na população acima de 60 anos, reflete as ações de saúde relacionadas à prevenção de quedas, osteoporose e fraturas com foco na AB, sendo uma das prioridades do Pacto pela Saúde. Apesar da sua importância não se mostra uma tendência clara por ser um indicador recente (SES, 2010).

Em relação às campanhas de vacinação contra influenza, o objetivo é a diminuição da ocorrência de complicações dessa doença como pneumonia, internações e morte. Nos CGR Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras as campanhas vêm atingindo a cobertura vacinal desde 2006, e o Aquífero Guarani vem apresentando uma melhora gradativa em sua cobertura vacinal.

Saúde da Mulher

Quadro 3. Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginal na faixa etária de 25 a 59 anos nos CGR do DRS XIII, 2006 a 2008

CGR	2006	2007	2008
Horizonte Verde	0,16	0,13	0,14
Aquífero Guarani	0,17	0,13	0,19
Vale das Cachoeiras	0,21	0,17	0,21

Fonte: Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo, 2010

Esse indicador expressa a razão entre o número de exames citopatológicos cérvico-vaginal, realizado em mulheres de 25 a 59 anos, e a população feminina nessa faixa etária. A meta anual entre as regiões variam de acordo com a cobertura de saúde suplementar, com variação entre 0,17 a 0,23. Na região de saúde os três CGR alcançaram a meta de exames anuais, porém uma preocupação é saber se sempre as mesmas mulheres estão sendo avaliadas ou não.

Quadro 4. Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal (CMNN) e Pós-Natal (CMPNN) e Coeficiente de Mortalidade Materna nos CGR do DRS XIII

Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal (CMNN) e pós Natal (CMPNN), 2008.				Coeficiente de Mortalidade Materno, 2006
CGR	CMI	CMNN	CMPNN	
Horizonte Verde	11,25	7,32	3,93	35, 86
Aquífero Guarani	9,84	7,55	2,29	0
Vale das Cachoeiras	7,85	4,83	3,02	58,79

Fonte: Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo, 2010

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) mede o risco que um nascido vivo tem de morrer antes de completar um ano de idade. O CMNN é constituído pelas mortes ocorridas nas quatro primeiras semanas de vida (27 dias), de forma que sua queda não depende apenas da assistência básica ao pré-natal e puericultura, mas também da estrutura médico hospitalar em seus vários níveis de complexidade. O CMPNN é representado pelas mortes ocorridas do 28º dia de nascimento até a criança completar um ano de vida. Esse coeficiente é influenciado uma serie de fatores não apenas as condições de saúde, mas também as condições sociais.

Como se pode identificar no quadro quatro, os três CGR do DRS XIII vêm reduzindo de forma gradativa seus coeficientes de mortalidade infantil e esse fato reflete à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal pela AB e o fortalecimento do complexo regulador que garante o acesso da população aos diferentes níveis assistenciais, quando necessário.

Em relação ao Coeficiente de Mortalidade Materna é importante registrar o papel do Comitê de Investigação de Morte Materna na identificação causal de

mortes e na proposição de medidas de intervenção, para que o gestor tenha meios de diminuir as causas que comprometem o pré-natal, o parto e o puerpério.

Quadro 5. Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas nos CGR do DRS XIII, período de 2006

CGR	2006
Horizonte Verde	56,72
Aqüífero Guarani	52,72
Vale das Cachoeiras	50,02

Fonte: DATASUS, 2006

O Coeficiente de Mortalidade por causas externas tem papel preponderante quando são considerados responsáveis por um grande número de internações hospitalares, assumindo em 2008, em relação à morbidade o quinto lugar, e à mortalidade, o quarto lugar na região do DRS XIII. Esses achados evidenciam a necessidade de um olhar mais profundo para as questões da violência na sociedade, e exigindo medidas efetivas para o fortalecimento das políticas públicas intersetoriais.

Em 2007, a região do DRS XIII não registrou nenhuma morte por febre hemorrágica de dengue sendo um dado importante para se reconhecer a importância do trabalho de prevenção realizado, e também para reforçar a necessidade de vigilância contínua quanto a este agravo considerando a crítica situação epidemiológica da região, dos estados e do Brasil, além das dificuldades encontradas no desenvolvimento das complexas ações de controle da doença.

Na região do DRS XIII, em 2007, a cobertura pelos serviços da saúde suplementar foi de 34,55% e variou de 42,73% na região do Horizonte Verde, 33,13% na do Aqüífero Guarani e 17,96% na do Vale das Cachoeiras. Analisar este dado é reconhecer que, para o desenvolvimento da gestão de saúde e de todos os componentes que envolvem este processo, há que ser considerada a atuação do setor suplementar, no território, e suas implicações diretas ou indiretas na organização do sistema público de saúde (ROCHA et al, 2010).

4.1.2 Capacidade instalada e recursos disponíveis

A) Indicadores da rede de serviços da região de Ribeirão Preto

A análise dos indicadores da rede de serviços de saúde aponta um maior desenvolvimento da oferta na região do Aquífero Guarani, sendo este colegiado sediado pelo município de Ribeirão Preto.

As características da organização e prestação da assistência para os CGR Aquífero Guarani e Horizonte Verde são: serviços especializados, hospitalares e de urgência, enquanto o Vale das Cachoeiras mostrou uma organização do sistema de saúde mais pautado na AB.

A fim de caracterizar a AB, alguns indicadores serão relacionados com o seu fortalecimento.

Quadro 6. Distribuição de Unidades Básicas de Saúde, por habitantes e Distribuição da cobertura de ESF nos municípios do CGR pertencentes ao DRS XIII – Ribeirão Preto, 2007 e 2008

CGR	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2008	UBS 2008	UBS/30.000 ² 2008	Distribuição da cobertura de ESF	
					2007	2008
Horizonte Verde	Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Sertãozinho.	386.959	48	3,72	9,87	13,37
Aquífero Guarani	Cravinhos, Guataporã, Jardinópolis, Luiz Antonio, Ribeirão Preto, Santa Rosa do Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana, Santa Rita do Passa Quatro	757.917	77	3,05	14,37	14,57
Vale das Cachoeiras	Altinópolis, Batatais, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria	126.564	26	6,16	45,84	46,34
Total		1.271.440	151			

Fonte: CNES/DATASUS, 2008

² Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006.

O Estado de São Paulo apresenta uma proporção maior de Unidades de Saúde/Habitantes e os municípios que compõem os CGR pertencentes ao DRS XIII não fogem à regra, onde temos uma média de 4,31 UBS/30.000 hab., visto que a Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006 define 1 UBS/30.000 habitantes.

Apesar do elevado número de UBS nessa região de saúde, conta-se com um número abaixo da média estadual em relação às USF nos CGR Horizonte Verde e Aquífero Guarani, estando apenas o Vale das Cachoeiras acima da média estadual, que hoje é de aproximadamente 26,36%(SES, 2010).

Com relação aos indicadores de produtividade para a região do DRS XIII-2008, registraram-se 89.935 internações realizadas pelo SUS e 28.831.152 ações ambulatoriais produzidas pelo sistema público. A despesa *per capita* em saúde foi de R\$ 308,93 com a seguinte distribuição nos CGR: Aquífero Guarani – R\$ 335,42; Vale das Cachoeiras R\$ 310,23 e Horizonte Verde: R\$ 255,54. Todos os municípios do DRS XIII cumprem a proporção dos recursos próprios recomendada pela Emenda Constitucional EC 29/2000. Um dos destaques a ser feito em relação às questões que envolvem o financiamento, refere-se à importância de uma análise articulada dos gastos em saúde, à organização do sistema de saúde e aos reflexos dessa interação para melhoria da situação de saúde da população.³

4.2 Tipo de Estudo

Refere-se a um estudo descritivo-analítico de análise quantitativa dos dados.

“O estudo é caracterizado como descritivo por apresentar como objetivo primordial, a descrição das características de uma determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis, onde o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, descrevendo, classificando e interpretando os fenômenos. Uma das características mais significantes deste tipo de estudo é a técnica padronizada de coleta de dados” (GIL, 1991, p 44).

De análise quantitativa, que se caracteriza pelo emprego da quantificação desde a coleta das informações até a análise final por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1989).

³ Dados fornecidos pelo Planejamento do DRS XIII – Ribeirão Preto.

A organização e descrição dos dados dar-se-á de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas. Utilizou-se, para esta análise, o software SAS (Statistical Analysis System) versão 9.

4.3 Sujeitos do Estudo e Critérios de Inclusão e Exclusão

O estudo foi realizado com 39 Enfermeiros das eSF dos municípios de Jaboticabal, Barrinha, Pontal, Pradópolis, Monte Alto, Cravinhos, Jardinópolis, Luis Antonio, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Serra Azul, Serrana, Altinópolis, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Autorização do Gestor Municipal para a realização do estudo no município no qual exerce tal função;
- Consentimento do enfermeiro em participar do estudo;
- Ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família;
- Ser enfermeiro das Unidades de Saúde da Família, com atuação mínima de seis meses na equipe.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Enfermeiro envolvido na pesquisa;
- Enfermeiro que não tenha interesse em participar da pesquisa;
- Realização de três contatos telefônicos, caso o questionário não seja devolvido no período pré-estabelecido;
- Desistência do enfermeiro em participar da pesquisa mesmo após ter respondido o questionário e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Variáveis do Estudo

Variável Qualitativa Nominal: sexo, curso de especialização, ações de educação permanente, fichas utilizadas do sistema de informação, devolutiva dos dados produzidos

Variável Qualitativa Ordinal: frequência de utilização do sistema, profissional que alimenta os dados da produção do sistema, instância de gestão responsável pela devolutiva dos dados produzidos

Variável Quantitativa Contínua: idade

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de questionário auto-aplicável aos enfermeiros que consentiram sua participação no estudo e essa técnica foi escolhida em virtude da dispersão geográfica da amostra.

O questionário é uma técnica de investigação composta de questões apresentadas por escrito às pessoas, objetivando o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, e esses questionários, que são propostos por escrito aos respondentes, são designados auto-aplicáveis.

Outro ponto a ser destacado nessa abordagem é a possibilidade de atender um número grande de pessoas dispersas numa área geográfica extensa, garantindo-lhes o anonimato das respostas e permitindo-lhes responder no momento em que julguem conveniente e não as expondo à influência de opinião dos pesquisadores (GIL, 1999).

O questionário aplicado continha três partes variáveis: 1. identificação dos profissionais que utilizam o sistema; 2. conhecimento sobre o sistema e a sua utilização; 3. uso como instrumento de monitoramento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família com questões abertas e fechadas (APENDICE C).

A coleta de dados foi realizada no período de junho a julho de 2010.

4.6 Pré - teste do questionário

A realização do pré-teste do questionário é importante para sanar problemas ou dúvidas que possam surgir durante a aplicação do mesmo; visa o conhecimento das limitações do instrumento, assim como sua adequação para o cumprimento dos objetivos do estudo (FREITAS, 2000).

Para tal, antes da aplicação aos sujeitos do estudo, o questionário foi aplicado a quatro enfermeiros integrantes de equipes de Saúde da Família que não participaram da amostra. Vergara 2009, aponta que a amostra para realização do pré-teste pode variar entre 3 e 15.

4.7 Aproximação do Campo de Estudo

Encaminhou-se ofício ao Diretor do DRS XIII, com a finalidade de apresentar o estudo e solicitar sua autorização para apresentá-lo nos CGR: Horizonte Verde, Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras.

Após sua autorização, o estudo foi incluído nas pautas dos CGR (ANEXO A), sendo apresentado aos secretários municipais de saúde nos três colegiados. Os gestores que autorizaram a participação dos enfermeiros, assinaram o termo de autorização e, posteriormente, encaminharam-lhes os questionários.

A devolução do questionário foi intermediada pelo DRS XIII e os enfermeiros que não os devolveram no período estabelecido foram contatados por telefone, a fim de verificar os motivos pelos quais os mesmos não foram devolvidos.

4.8 Questões Éticas

Devido à natureza do estudo, seguiram-se os procedimentos éticos em pesquisa, conforme as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e capítulo IV da resolução 251/97.

Antes do envio dos questionários aos enfermeiros, foram seguidas as normas estabelecidas para desenvolvimento da pesquisa. Encaminhou-se ao Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto o pedido de aprovação para a realização da pesquisa e, em seguida,(ANEXO

B) solicitou-se junto aos secretários municipais de saúde a autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa (APÊNDICE A).

Após a aprovação oficial dos secretários municipais, foram encaminhados aos enfermeiros os questionários, seguidos do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (APÊNDICE B), solicitando que, caso concordassem em participar do estudo, assinassem o termo de consentimento.

O Consentimento Livre e Esclarecido é um elemento característico e essencial do exercício de todas as profissões da área da saúde. Esse processo visa resguardar o respeito às pessoas, por meio do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo (VICTORIA et al, 2000).

5. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram expressos por meio de estatísticas descritivas e apresentados mediante tabelas, gráficos e índices.

Foi utilizado, para essa análise, o software SAS (Statistical Analysis System), versão 9.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a Saúde da Família vem sendo adotada como modelo de reorganização da AB, em resposta a uma nova concepção de saúde e imprimindo uma reorganização dos serviços e ações de saúde (Escorel, 2007), caracterizando-se como porta de entrada no sistema, em conformidade aos princípios do SUS .

A atuação das Unidades de Saúde ocorre por meio da definição de território e das responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, desenvolvimento de ações programadas, priorizando os problemas de saúde de acordo com a necessidade da população, assegurando uma assistência integral, resolutiva e contínua, intervindo no processo de saúde-doença por meio de ações individuais e coletivas, evitando o aparecimento de doenças e seus agravos, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida, apoiando as estratégias de fortalecimento da gestão local e controle social (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel importante tanto nas ações assistenciais quanto nas gerenciais, e nessas, eles respondem pela coordenação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação em conjunto com a equipe, tendo no SIAB uma ferramenta importante para a efetivação desse de trabalho. (MS, 2006).

6.1 Descrição da autorização dos gestores municipais e consentimento enfermeiros no estudo

Os questionários foram encaminhados a 20 municípios, contemplando 65 equipes. Inicialmente foi solicitada a autorização dos gestores (AG) e, em seguida, o consentimento dos enfermeiros (CE) para realização do estudo.

Os municípios e os CGR não foram identificados e lhes foram atribuídos letras do alfabeto e números respectivamente, assegurando o cumprimento dos princípios éticos.

Quanto a AG, apenas dois não participaram do estudo. A fim de identificar os motivos pela não participação, realizou-se contato telefônico e o primeiro informou que os enfermeiros estavam de férias no período, e segundo após três contatos telefônicos sem sucesso, foi excluído da amostra.

Em relação aos 65(100%) questionários enviados aos enfermeiros 40(62%) foram devolvidos, e um enfermeiro foi excluído por ter menos de seis meses na equipe. O estudo contou com a participação de 39 (100%) enfermeiros sendo, 13 (34%) pertencentes ao CGR-1, 15 (38 %) ao CGR-2 e 11 (28%) ao CGR-3, conforme gráfico 1.

Gráfico 1. Enfermeiros participantes da pesquisa segundo os colegiados de gestão regional, DRS XIII, 2010.

Em relação à AG e CE, encontrou-se que no CGR-1 86 % dos gestores autorizaram e 100% dos enfermeiros que obtiveram a autorização dos gestores, consentiram participar do estudo, e conforme mencionado um enfermeiro foi excluído por possuir menos de seis meses na equipe.

No CGR-2, foi encontrado 100% de autorização dos gestores e 44% de consentimento dos enfermeiros.

Em virtude da baixa devolutiva dos questionários enviados, 44%, para esse CGR, foi realizado contato telefônico com os enfermeiros, a fim de que o pesquisador realizasse a explicação do projeto e seus objetivos pessoalmente.

No município C e F, os enfermeiros estavam de licença-prêmio e, após três tentativas no período de coleta de dados, esses sujeitos foram excluídos.

Em relação ao município D, onde apenas 29% enfermeiros consentiram participar do estudo, foi solicitada junto à Secretaria Municipal de Saúde a relação dos telefones das USF, para realização de contato e possível agendamento de visita.

Inicialmente, quatro (17%) enfermeiros participaram do estudo após contato telefônico mais três (13%) consentiram sua participação. Quanto, aos 17(71%) que não consentiram sua participação, cinco (29%) informaram que não tinham interesse nessa participação, por não receberem as devolutivas das pesquisas em que participavam, cinco (29%) estavam de férias e quando retornaram não interessaram-se em participar, sem apresentar motivos especiais, e quatro (24%) estavam de licença no período de coleta dos dados.

Essa realidade reflete a necessidade do comprometimento dos pesquisadores com a devolutiva das informações produzidas em seus estudos, não apenas para a classe científica, mas também, para os sujeitos da pesquisa que possivelmente não tiveram acesso às teses produzidas ou às revistas científicas.

No CGR-3 foram encontrados 83 % de AG e 100% CE autorizados pelos seus respectivos gestores, de forma que o único enfermeiro que não participou do estudo não teve acesso ao questionário pela falta de autorização do gestor.

6.2 Identificação dos profissionais que utilizam o sistema

Segundo BRASIL (2000b), a ESF traz uma nova visão na estruturação dos serviços de saúde, incluindo a relação com a comunidade, entre os diversos níveis e complexidade assistencial, assegurando uma assistência integral, equânime, contínua e resolutiva. Busca a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento com os profissionais, fortalecendo o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

Para a transformação do modelo assistencial se faz necessário a constituição do vínculo, sendo este um atributo essencial da AP para organização do trabalho da eSF .

Nesse sentido, um dos nós críticos enfrentados pelas eSF é a rotatividade dos profissionais enfermeiros. De acordo com Gil (2005), a rotatividade impede a formação de vínculos e o desenvolvimento de práticas profissionais que contribuam para a inversão do atual modelo assistencial.

A atenção à saúde de qualidade, integral, resolutiva, contínua, a garantia da permanência dos membros da equipes, assim como a percepção que estes têm sobre a importância da criação e manutenção de vínculos com a comunidade e o

conhecimento de seus problemas, são aspectos essenciais para a promoção desse importante atributo de consolidação da ESF.

Pela importância atribuída à constituição de vínculo no estudo, foi levantado o tempo de inserção dos enfermeiros, a fim de identificar a rotatividade dos profissionais nas ESF dos CGR do DRS XIII.

Nos CGR do DRS XIII de Ribeirão Preto foi encontrada uma distribuição heterogênea em relação ao tempo de atuação dos enfermeiros nas equipes, de forma que 64% dos enfermeiros inseridos nas eSF possuíam menos de três anos de atuação nas equipes, refletindo a sua rotatividade, como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição do tempo de atuação dos enfermeiros nas equipes de saúde da família dos CGR do DRS XIII

Esse achado representa um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores na consolidação da ESF como modelo de reorganização da AB, visto que sem a constituição de vínculos sólidos, permanentes e de corresponsabilidade entre os profissionais e a comunidade, poderá não haver avanços na efetivação de mudança do modelo assistencial.

As diretrizes básicas da ESF atribuem ao enfermeiro: discutir junto à equipe de trabalho e comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as suas bases legais; participar da organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde, domicílio e comunidade; desenvolver atividades de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cura, encaminhando os indivíduos

quando necessário, a serviços de referência e assegurando a contrarreferência; capacitar os auxiliares de enfermagem (AE) e ACS para o desempenho de suas atribuições; realizar consultas de enfermagem nas áreas de atenção à saúde do idoso, adulto, criança, mulher, trabalhador; realizar controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas; realizar ações de vigilância sanitária e epidemiológica (MS, 2006).

Para tal, é necessário o conhecimento das equipes, nas quais está inserido, do diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de abrangência, das ações que a equipe vem realizando, das informações produzidas pelas equipes e sua articulação com as ações de programação, monitoramento e avaliação, visto que o enfermeiro, em sua grande maioria, exerce a função de coordenador das equipes.

Para tanto, os enfermeiros necessitam de capacitação, a fim de adquirirem conhecimentos para o desenvolvimento de suas atribuições, durante sua permanência nas equipes, de modo que a rotatividade desses profissionais ocasiona prejuízos não apenas na constituição de vínculos, mas também no conhecimento desse profissional.

Quanto ao sexo, encontrou-se 38 (97%) enfermeiros eram do sexo feminino; reforçando os resultados encontrados na literatura apresentados por Rocha (2007) e Machado (2000). Ainda, segundo Rocha (2007), esses dados não divergem da caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino.

Em relação à faixa etária foram encontrados 12 (31%) enfermeiros na faixa etária de 20-29; 10 (26%) na faixa etária de 30-39 anos; 11 (28%) na faixa etária de 40-49 anos, 2 (5%) na faixa etária de acima de 50 anos e 4 (10%) não responderam. Os resultados apresentados por Ferreira (2010), Rocha (2007) e Machado (2000) assemelharam - se ao encontrado neste estudo.

Gráfico 3. Distribuição dos enfermeiros vinculados à eSF segundo a faixa etária, 2010

Em relação ao grau de formação dos enfermeiros das equipes, foram encontradas que 27 (70%) não possuíam especialização em saúde da família e 12 (30%) possuíam especialização ou estavam realizando especialização.

Os dados apresentados divergem dos encontrados na literatura, que aponta um percentual acima de 50% dos enfermeiros inseridos na ESF com especialização na área, (FERREIRA, 2010, ROCHA, 2007 e MACHADO, 2000) ponto esse que necessita de reflexão, uma vez que a amostra do estudo encontra-se em um polo acadêmico fortalecido.

BRASIL (2005b) aponta que quanto menor o tempo de formação, mais baixa torna-se a escolaridade. Neste estudo foi identificado que quanto menor a idade e tempo de inserção na equipe, menor o nível de escolaridade dos profissionais.

Para a consolidação da ESF, é importante mudanças na estrutura de formação de recursos humanos do SUS.

Com a finalidade de promover novas práticas de saúde com presença de profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade, atuando com senso crítico, com práticas humanizadas, competentes e resolutivas nas ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura, é necessária uma política de formação e um processo permanente de capacitação (BRASIL, 2000b).

O profissional capacitado se torna apto a planejar, organizar, desenvolver e avaliar as ações de acordo com a necessidade local, de forma dinâmica e eficaz. Assim, a capacitação deve ser vista como um dos pilares para a inversão do modelo de assistência à saúde.

Para tal, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, objetivando o fortalecimento da articulação ensino-serviço, em torno, da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes. Objetivando o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de SF na abordagem da atenção integral, promoveu ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente. Segundo Gil (2005), no Brasil, os cursos de especialização vêm sendo utilizados como estratégia de fortalecimento de políticas públicas.

Nesse sentido, é importante a conscientização dos enfermeiros e dos gestores para a importância da capacitação, visto que essa pode ser um importante instrumento de gestão, provocando nos profissionais o debate do modelo de atenção realizado, fortalecendo a qualidade da atenção básica na região. Outro ponto é a divulgação dos cursos de especialização oferecidos pelos polos formadores garantindo o conhecimento dos profissionais sobre a sua ocorrência.

Ainda em relação à capacitação, é atribuição dos municípios a formulação e promoção da gestão de educação permanente em saúde, orientada pela integralidade da atenção (BRASIL, 2009b).

Neste estudo, foi verificada que no âmbito municipal as ações de educação permanente não são realizadas com clareza, haja vista que 16 (41%) enfermeiros referiram não haver ações de educação permanente e 23 (59%) referiram que sim.

Nesse contexto, um ponto a ser discutido é em relação à divergência de respostas entre enfermeiros do um mesmo município, refletindo a fragilidade dessas ações e se vêm sendo realizadas enquanto política pública para consolidação do SUS.

Para Ceccim (2005), Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental para as transformações do processo de trabalho no setor, criando espaços para a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, tornando-se necessárias a descentralização e a disseminação da capacidade pedagógica entre seus trabalhadores, gestores, serviços e sistema de saúde.

6.3 Conhecimento sobre o sistema e a sua utilização

Uma das prerrogativas legais do SUS é a descentralização, segundo Branco (1996), esse princípio não se restringe às ações e aos serviços de saúde, mas também à informação, por ser imprescindível para a garantia da autonomia dos municípios.

O SIS vem sendo entendido como instrumento de coleta, organização e análise dos dados necessários para definição de problemas e risco para a saúde, avaliação dos serviços prestados, além de contribuir para a construção do conhecimento em saúde.

Para as eSF e PACS foi criado o SIAB como instrumento de gerência dos sistemas locais, caracterizado por incorporar conceitos básicos como território, problema, responsabilidades sanitárias, permitindo a microespacialização de problemas de saúde, a avaliação dos serviços e ações de saúde, produzindo indicadores que possibilitam organizar as ações a partir da realidade sócio-econômico, cultural, demográfica, epidemiológica e identificação de grupos específicos da população adscrita (BRASIL, 2002).

Desde a implantação das eSF, o SIAB tem um papel fundamental para a consolidação da estratégia. No processo de implantação um dos requisitos básicos são o processo de avaliação das equipes, o acompanhamento dos indicadores da AB, a utilização dos sistemas de informação nacional, assim como a utilização do SIAB, incluindo recursos humanos e equipamentos adequados (BRASIL, 2006).

Pela importância do SIAB como ferramenta de trabalho para as equipes, o estudo buscou identificar sua utilização pelos enfermeiros, onde 35 (90%) utilizavam e quatro (10%) utilizavam outros sistemas de informação em sua rotina de trabalho.

Um ponto importante na utilização dos SIS é a capacitação de recursos humanos, a fim de que suas potencialidades possam auxiliar as equipes, e a gestão a fortalecer seu sistema local.

Para tal, foi levantado junto aos enfermeiros se houve realização de treinamento para a utilização do SIAB em sua rotina de trabalho, onde 25 (64%) não foram treinados e 14 (36%) foram treinados.

Esses resultados reforçam alguns pontos sobre os SIS encontrados na literatura. Segundo Branco (1996) e Peixoto (2008), há insuficiência de recursos humanos qualificados e de processos de educação permanente na área de informação e informática em saúde, dificultando a utilização dos SIS para as tomadas de decisões apropriadas.

Quanto ao SIAB, Silva (2005), identificou a deficiência de conhecimento, treinamento insuficiente para explorar suas potencialidades. Para Barbosa (2006), a subutilização do SIAB relaciona-se, não só às falhas e às limitações apresentadas pelo sistema, como também pela incompreensão e/ou despreparo dos profissionais envolvidos em sua utilização.

Para a efetivação do processo de trabalho na SF, é necessário dados para análise situacional, a fim de que as ações sejam realizadas de acordo com a necessidade local, de forma descentralizada e territorializada, como um requisito básico para a organização das equipes (BITTAR, 2009), sendo o SIAB um instrumento importante e indispensável nesse processo. Pela importância atribuída ao sistema buscou-se identificar os profissionais envolvidos com sua utilização, conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 4. Equipes de SF segundo os membros que utilizam o SIAB em sua rotina de trabalho

Esses dados retrataram que em 36 (92%) das equipes, o enfermeiro é apontado como o profissional com maior envolvimento em relação ao sistema, resultado já apresentado na literatura por Freitas (2005). Esse achado reforça

função gerencial do enfermeiro nas eSF pertencentes aos CGR do DRS XIII, uma vez que a informação em saúde subsidia o trabalho de gerência e constitui-se de base para o processo decisório (PETERLINE, 2006).

Verificou-se, ainda, no estudo, a frequência de utilização do SIAB, onde 10 (26%) dos enfermeiros utilizavam diariamente, cinco (13%) semanalmente, 22 (56%) mensalmente e dois (5%) não o utilizavam. Pela importância atribuída ao SIAB para as tomadas de decisões identificou-se, também, a frequência de utilização do sistema para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação, de modo que, para as ações de planejamento dois (5%) enfermeiros utilizavam diariamente, seis (15%) semanalmente, 22 (56%) mensalmente, um (3%) anualmente, um (3%) semestralmente e sete (18%) não o utilizavam para estas ações. Quanto ao monitoramento e avaliação obteve-se que um enfermeiro (3%) utilizava diariamente, cinco (13%) semanalmente, 21 (54%) mensalmente, dois (5%) anualmente, e dez (26%) não utilizavam o SIAB para as ações de avaliação e monitoramento.

De acordo com os dados apresentados, visualizou-se que mais de 50% dos enfermeiros utilizavam o sistema mensalmente, tanto para a inserção dos dados quanto para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação refletindo o cotidiano desses profissionais nas equipes.

Estes resultados trouxeram dois pontos importantes. O primeiro refere-se à obrigatoriedade de alimentação mensal do sistema, estando atrelada a transferência de recurso financeiro. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a efetivação da transferência do recurso financeiro do PAB- variável baseia-se na alimentação dos dados do SIAB mensalmente pelos municípios. O segundo refere-se às ações de planejamento, monitoramento e avaliação que, de acordo com os dados produzidos, neste estudo ocorreram simultaneamente nas equipes, refletindo o despreparo para essas ações. Cabe nesse momento, uma breve discussão, desses conceitos para o seu entendimento.

O planejamento em saúde caracteriza-se pelo processo que determina a forma, como serão realizadas as ações em saúde, com objetivo de atingir uma situação desejada, que contribui para a melhoria e qualidade dos serviços prestados à população, significando um instrumento de gestão flexível, desde que, monitorado e avaliado continuamente, podendo ser readaptado quando necessário. Para a sua efetivação, é importante um diagnóstico de saúde bem elaborado, com

estratégias e propostas de intervenção viáveis à realidade da população e dos serviços de saúde (LOPES, 2008).

Felisberto (2004) define monitoramento como a avaliação do trabalho em saúde e dos resultados das ações realizadas a partir de informações produzidas no cotidiano das equipes, e embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.

Brasil (2010) traz como proposta de monitoramento o acompanhamento continuado dos objetivos, das metas e das ações explícitas no planejamento, verificando sua execução conforme o esperado; desse modo, retrata a carga avaliativa do monitoramento ao acompanhar as ações em andamento, fato esse que pode levar à confusão entre as ações de monitoramento e avaliação.

Para Hartz (2005), o monitoramento corresponde ao acompanhamento sistemático sobre algumas características dos serviços, enquanto que a avaliação refere-se ao julgamento de valores sobre os mesmos, em um determinado período de tempo.

A avaliação em saúde, para Novaes (2000), constitui-se área ainda em construção, sendo que as principais variáveis que orientam as decisões conceituais são: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado.

Neste estudo, abordou-se a avaliação para tomada de decisão, uma vez que o SIAB é um importante instrumento avaliativo e tem como principal objetivo a produção de informação para tomada de decisão e voltada para o aprimoramento das ações de saúde produzidas pelas equipes, assim como para a pontual solução dos problemas identificados.

Hartz (2002) destaca as discussões que vêm sendo feitas sobre avaliação e monitoramento; ressalta algumas de suas diferenças, de forma que o monitoramento é periódico, com foco nos resultados imediatos, podendo utilizar-se de avaliadores internos, enquanto que a avaliação é episódica, com foco na efetividade, ou seja, na relação entre o impacto real e potencial, utilizando-se de avaliadores externos incorporados na análise dos dados. Assim, para a efetivação da produção do trabalho em saúde, faz-se necessária a adoção dessas práticas no cotidiano das equipes, a fim de identificar a qualidade de serviços produzidos e seu

impacto nas condições de saúde da população, representando, ainda, um grande desafio na consolidação do processo de trabalho das equipes.

A subutilização do SIAB, vem sendo relacionada à incipiência ou à falta de conhecimento acerca do mesmo. Portanto, há urgência de se resgatar o real valor desse sistema, com a realização de treinamento dos profissionais, para que esta situação não seja reincidente em outros estudos, visto que, também se observou neste, que 25 (64%) não receberam treinamento para o manuseio do sistema.

Quanto ao conhecimento dos seus instrumentos de coleta de dados, 35 (90%) conheciam todas as fichas disponíveis para o sistema, três (8%) conheciam algumas e um (2%) não possuía conhecimento sobre elas. Em relação à utilização das fichas, nenhum enfermeiro fez uso de todas as fichas disponíveis, 11 (28%) enfermeiros utilizavam as fichas A, B-C, D, PMA2, 11 (28%) utilizavam as fichas A/PMA2/SSA2, cinco (13%) utilizavam as fichas A, D, PMA2/SSA2, dois (5%) utilizavam as fichas A, B-C, D, 10 (26%) utilizavam apenas uma das fichas disponíveis pelo sistema.

Quando se analisou a função dos instrumentos de coleta de dados, foi identificado que 41% dos enfermeiros utilizavam fichas relacionadas à consolidação dos dados e, mensalmente, o que refletiu na fragmentação da produção de informação em saúde.

A ficha de cadastro (A) foi utilizada por 29 (74%) enfermeiros, apesar de ser instrumento preenchido pelos ACS, está diretamente relacionada ao diagnóstico de saúde da comunidade, dando subsídios para o trabalho das equipes referentes ao conhecimento da população à qual se presta assistência, ao conhecimento do território e às condições de saúde.

Os dados produzidos pelas fichas de coleta devem ser consolidados antes de serem digitados no SIAB. O relatório PMA2 consolida mensalmente as informações sobre a produção de serviços, ocorrência de doenças e ou situações consideradas como marcadoras da área, segmento territorial, zona urbana-rural, município, Estado e região encontrados na ficha D. Neste estudo, 27 (70%) dos enfermeiros utilizavam esse relatório em suas atividades, porém apenas 13(33%) utilizam a ficha D. O mesmo ocorreu com a ficha SSA2, que consolida mensalmente as informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas, contidas nas fichas B e C, em que, 16 (41%) dos enfermeiros utilizavam a SSA2 em sua rotina, mas, apenas 13 (33%) utilizavam as fichas B e C, reforçando a fragmentação

da utilização do sistema e, conseqüentemente do processo da organização do trabalho atribuindo-lhe uma carga rotineira e burocrática.

6.4 Quanto ao seu uso como instrumento de monitoramento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família

O enfermeiro, principalmente na ESF, assume cada vez mais a gerência das unidades de saúde para a realização do planejamento e programação, de modo que a utilização dos sistemas de informação em saúde assume um papel importante, com vistas ao desenvolvimento de análise crítica para a tomada de decisão, do pensamento autônomo, da organização de redes de serviço de saúde, de instrumentos para análise da situação de saúde, da elaboração de estratégias intervencionais, da identificação das potencialidades e limitações institucionais que possam diminuir ou impedir a efetividade das ações dos serviços de saúde. (FERNANDES, 2010).

Nesse sentido, análise dos dados produzidos pela equipe é de extrema importância nas ações de planejamento, identificando mudanças ocorridas no território, perfil dos atendimentos, ações executadas, cumprimento dos objetivos planejados, assim como as metas alcançadas, permitindo a melhoria da qualidade da informação produzida, posteriormente, pelo sistema. De modo que, a análise dos dados antes de sua inserção no sistema, pode trazer às equipes momentos de reflexão para a produção do devido cuidado e medidas corretas para o seu fortalecimento. Neste estudo, identificou-se que 28 (72%) dos enfermeiros analisavam os dados produzidos pela equipe antes de inseri-los no sistema, enquanto que 6 (15%) não os analisavam e 5 (13%) às vezes analisavam-nos, conforme podemos observar no gráfico 5.

Gráfico 5. Enfermeiros segundo a análise dos dados antes do registro no SIAB, 2010

Ainda em relação à análise dos dados, verificou-se que 21 (54%) enfermeiros as realizavam, cinco (13%) pelos enfermeiros e ACS, três (8%) pelos enfermeiros e médicos, cinco (13%) pela equipe mínima (enfermeiro, médico, ACS e Auxiliar de enfermagem, um (2%) pelo médico, um (2%) não respondeu e três (8%) outro⁴.

Considerou-se, assim, o enfermeiro como o profissional mais envolvido com o SIAB, procurando identificar os motivos que o levava a utilizar o sistema, constatou-se que a prioridade em sua utilização, ainda, relacionou-se ao incentivo financeiro, conforme observado no quadro abaixo.

Quadro 7. Distribuição dos motivos que levam os enfermeiros a utilizarem o SIAB

	N	%
ALIMENTAÇÃO DA PRODUÇÃO MENSAL	33	28
AVALIAÇÃO	19	17
MONITORAMENTO	21	19
NÃO RESPONDEU	2	2
PREENCHIMENTO DE FICHA A	18	15
SIAB CENTRALIZADO	1	1
SUPERVISAO DO TRABALHO DA EQUIPE	24	20

⁴ Outro corresponde a município que tem a alimentação dos dados do SIAB centralizado na Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com os dados apresentados em primeiro lugar, o SIAB foi utilizado para alimentação da produção mensal, em segundo lugar para a supervisão do trabalho em equipe, e ações de monitoramento e avaliação apresentaram-se em terceiro e quarto lugar, consecutivamente.

Thaines (2009) traz que os SIS foram criados para acompanhar a produção de dados, assegurando a avaliação das condições de saúde da população e servindo de base para o planejamento do nível local, como instrumento para as práticas assistenciais e de gestão.

Ferreira (2010) aponta para o conhecimento, o acesso e a avaliação do SIAB como uma atribuição da equipe, de forma que nas equipes analisadas ficam evidentes a fragilidade e a fragmentação de sua utilização.

Segundo França (2001), existe a necessidade de intensificar o processo de capacitação das equipes para a operacionalização do SIAB referente à coleta, aos registros e à análise dos dados, bem como estruturar grupos para discussão sistemática das informações disponibilizadas pelo sistema. Portanto, a evolução para o aperfeiçoamento do SIAB não se dará apenas em consequência da evolução tecnológica, mas pela intensificação, frequência e finalidade do uso que lhe é atribuído.

Em relação às ações de planejamento, às prioridades das ações de saúde realizadas pela equipe e quais instrumentos disponíveis, percebeu-se que 13 (31%) enfermeiros trouxeram o levantamento da demanda como forma de priorizar as ações da equipe, sete (17%) pela análise dos indicadores, seis (14%) não responderam, quatro (10%) pelo diagnóstico de saúde da comunidade e apenas um (2%) pela utilização do SIAB, apesar de que, ao utilizar os indicadores, os diagnósticos da comunidade e o próprio levantamento de demanda, esses profissionais utilizavam o sistema para levantamento de dados, ficando explícita a falta de reconhecimento do sistema como instrumento de trabalho para as equipes.

Um dos maiores desafios do SUS é a promoção dos serviços de saúde de forma descentralizada, universal, integral, equânime. Com a descentralização tornou-se responsabilidade dos municípios estabelecerem estratégias operacionais, alocação e distribuição dos recursos financeiros, planejamento, organização, execução, controle e avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006), de modo que os sistemas de informação tornaram-se uma importante ferramenta de

trabalho para a organização dos serviços e gestão. Coube aos municípios a coleta de dados, a produção, a organização, a coordenação das informações em saúde.

Para Barbosa e Forster (2010), a informação pautada nos indicadores e produzida pelas equipes proporciona um desenho da realidade populacional, produzindo ações de saúde à realidade local. Nesse sentido, o SIS vem atuando como um importante instrumento tanto para a assistência quanto para a gestão.

Branco em seu trabalho traz:

“[...] o envolvimento dos municípios com a produção, processamento e análise da informação tenderia a melhorar, em muito, a qualidade e confiabilidade dos dados, além de gerar ganhos no que diz respeito à qualidade da prestação de serviços e à capacidade de auto-avaliação do nível local, além de facilitar as ações de planejamento, programação, monitoramento e avaliação das ações locais.” (1996, 269p.)

Pela importância atribuída ao SIS, para a gestão em saúde identificou-se devolutiva dos dados produzidos pelas eSF e por qual instância, sabendo-se que a análise dos dados produzidos, sua utilização para as ações de planejamento, de monitoramento e de avaliação são essenciais para a melhoria da qualidade da assistência prestada, de forma que, obteve-se que 24 (62%) enfermeiros referiram não haver devolutiva dos dados produzidos enquanto que 15 (38%) referiam que sim.

Dos enfermeiros que referiram ter devolutiva dos gestores, à cerca dos dados produzidos pelas equipes, 13 (86%) referiram ocorrer por parte dos municípios, um (7%) do Estado e um (7%) do MS.

A preocupação da gestão local em atender-se na devolutiva dos dados produzidos pelas equipes reflete na busca pela consolidação da utilização desse sistema, enquanto instrumento para gestão municipal, apesar desta ainda, ser incipiente.

Segundo Branco (1996), as dificuldades dos municípios, em relação aos SIS, relacionam-se à falta de infra-estrutura de informática (equipamentos e recursos humanos), conhecimento em relação ao processamento de dados, e deficiência de recursos humanos qualificados para a análise dos dados produzidos, prejudicando, desta forma, as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e esta realidade mantém-se até a atualidade.

Ao levantar os motivos atribuídos pelos enfermeiros para falta de devolutiva dos dados produzidos pela gestão local, notou-se que 14 (33%) dos enfermeiros

relacionavam a falta de preparo dos gestores para as ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, nove (21%) associavam a utilização do sistema ao repasse financeiro - PAB variável, sete (16%) consideravam falta de comprometimento dos gestores com a ESF, sete (16%) consideravam a falta de conhecimento sobre as potencialidades do SIAB, quatro (9,%) reconheciam como falta de interesse dos gestores pelos dados produzidos e dois (5%) não responderam.

O despreparo da gestão para as ações de avaliação e monitoramento foi visto pelos enfermeiros como a primeira causa da falta de devolutiva pelas Secretarias Municipais de Saúde, mostrando a necessidade de investimento na qualificação da gestão para o fortalecimento da AB/ESF.

Para Peixoto (2008), a insuficiência de recursos humanos qualificados e processos de educação permanente das equipes de informação e informática em saúde, a fragilidade na implementação de mecanismos contínuos de avaliação, a desvalorização do processo de trabalho relacionado ao registro e à coleta da informação em nível local, agravada pela ausência de retorno da informação, a insuficiência de métodos de tratamento e instâncias responsáveis pela análise e sistematização da informação apropriada à gestão geram a subutilização dos sistemas de informação. Esses fatores foram considerados neste estudo, como limitantes na devolução dos dados produzidos pelas equipes. Branco (1996) aponta situação similar, ressaltando a necessidade de facilitar o acesso às informações, e de promover o intercâmbio das informações produzidas, contribuindo para o aperfeiçoamento do SUS.

A PNIIS tem como propósito:

“Promover o uso inovador, criativo e transformador da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, gestão e prática profissional, geração de conhecimento e controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação do acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.” (BRASIL, 2004. 15p.)

Para Brasil (2004), a informação em saúde deve contribuir para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS, visando o atendimento das necessidades e demandas locais e, ainda facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e políticas de saúde, dar subsídios ao

planejamento e a programação das ações, estabelecendo prioridades ao monitorá-las, avaliar o desempenho, os processos e os impactos dos serviços e ações de saúde, qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria, subsidiando o acesso ao conhecimento assim como a troca de informações.

A ampliação do uso da informação em saúde para a tomada de decisão necessita de capacitação continuada dos gestores locais e profissionais de saúde, de forma que o uso contínuo e a análise dos dados trarão o aperfeiçoamento da qualidade da informação e do fluxo, com a possibilidade de confronto com a realidade e corrigindo as discrepâncias para tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2009).

Outro ponto identificado foi em relação às facilidades, dificuldades e sugestões para melhoria da utilização do sistema.

Ao retratar as dificuldades em relação ao sistema, constatou-se que 13 (16%) enfermeiros trouxeram a ausência de devolutiva dos dados, 12 (15%) a insuficiência de computador, 11 (14%) a impossibilidade do sistema avaliar as ações de saúde bucal e demais profissionais, 10 (13%) a falta de conhecimento do sistema, 9 (11%) a produção de dados quantitativos, 7 (9%) a falta de tempo, 6 (7%) a relação do sistema ao repasse financeiro.

Quanto às facilidades, 22 (22%) enfermeiros trouxeram o sistema como ferramenta para organizar, analisar e discutir os dados produzidos pelas equipes, 19 (19%) expressa a realidade local da situação da população, 18 (18%) auxilia nas ações de monitoramento e avaliação, 14 (14%) possuíam equipamentos adequados, 11 (11%) software de fácil manuseio, oito (8%) possibilita a microlocalização dos problemas sanitários, cinco (5%) capacidade para explorar as potencialidades do sistema e quatro (3%) não responderam.

Frente ao exposto, concluiu-se que o SIAB pode ser um importante instrumento para o fortalecimento das eSF, assim como um dos fatores contribuintes para a consolidação da ESF, enquanto modelo de reorganização da AB, necessitando de capacitação das equipes locais para explorar suas potencialidades, a fim de modificar os modos de produção assistencial.

7 CONCLUSÃO

A ESF, modelo de reorganização assistencial da Atenção Básica, requer profissionais capacitados e envolvidos com processo de trabalho das equipes e lhes assegura a integralidade, a resolutividade, a continuidade, como também estabelece vínculo com a comunidade e intervém no processo saúde-doença.

Com o objetivo de produzir ações em saúde de acordo com a realidade local, as ESF possuem como ferramenta de trabalho o SIAB, que possibilita a detecção das desigualdades, microlocalização dos problemas sanitários, avaliação das intervenções, e a agilização do uso das informações em saúde, de forma descentralizada e territorializada e sua utilização sistemática traz impactos positivos no planejamento em nível local.

Neste trabalho, identificou-se a fragmentação do SIAB, considerada um fator limitante no fortalecimento da gestão do SUS.

Os enfermeiros foram identificados como os profissionais mais envolvidos com o SIAB e, apesar da rotatividade desses profissionais nas equipes é importante ressaltar que a atuação da equipe com o SIAB é relevante em virtude das ações de planejamento, de monitoramento e de avaliação que asseguram uma assistência de qualidade de acordo com a realidade da população, envolvendo os diferentes saberes interdisciplinares. No entanto, percebe-se a fragilidade na organização, na construção do processo de trabalho e na constituição de vínculos com a equipe, com a comunidade e mesmo com o enfermeiro, considerado o profissional mais envolvido com esse sistema em virtude, de sua rotatividade refletindo diretamente na consolidação da ESF enquanto modelo de reorganização da AB no Brasil.

Com o processo de descentralização instituído pelo SUS, foi necessária a criação dos SIS, a fim de coletar, processar, analisar, planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Com esse processo ocorreu, também, a descentralização da informação como forma de conseguir maior autonomia dos municípios na tomada de decisão, deixando esses de ser apenas coletor de dados.

Verificou-se, neste estudo, que embora muitos municípios trabalhem com os sistemas de informação em saúde, outros tantos, ainda não conseguiram definir, com clareza, o seu papel na gestão desses sistemas, atuando ainda como meros coletores de dados. Esse achado havia sido apresentado por Branco (1996), que refletia a fragilidade do avanço da utilização dos SIS pelos municípios enquanto

ferramenta de trabalho, de forma que o seu envolvimento com os SIS proporcionaria a qualificação da assistência prestada, favorecendo as ações de planejamento, programação, acompanhamento, avaliação.

Esse perfil municipal de coletores de dados se refletiu em dois resultados deste estudo, no qual os profissionais trouxeram o SIAB produzindo apenas dados quantitativos e ausência de correlação dos dados produzidos pelas equipes com a realidade da população.

A falta de análise dos dados produzidos pelas equipes traz uma superficial visão numérica da situação de saúde da população, de forma que, para ocorrer a inversão dessa realidade, é preciso que as equipes modifiquem a sua cultura de utilização do SIAB, passando a analisar os dados produzidos por elas e transformá-los em informação, possibilitando o aumento de sua sensibilidade e da expressão qualitativa da realidade das unidades e dos municípios.

Para a promoção de práticas assistenciais focadas no processo saúde-doença, é indispensável a capacitação de recursos humanos para a utilização dos SIS, assim como para as ações de planejamento, monitoramento e avaliação.

Neste sentido, as ações de educação permanente são essenciais para o fortalecimento da ESF, que, neste estudo identificou-se a incipiência dessas ações em nível municipal, acarretando a subutilização do SIAB.

A falta de capacitação para a utilização do SIAB, citada por Branco(1996), Silva (2005), Barbosa (2010), foi reconhecida pela própria PNIS como um fator limitante não só para o SIAB, mas para todos os SIS, e os autores propõem a capacitação dos profissionais inseridos no SUS para as ações de informação e informática em saúde. Ressaltam-se, nesse ponto, duas responsabilidades exigidas ao município na implantação da ESF: a implantação do SIAB e a realização do Curso Introdutório até dois meses. Em municípios com população abaixo de 100.000 habitantes a realização do curso introdutório cabe ao Estado, em parceria com os municípios, podendo, ainda, ser explorado o sistema e suas potencialidades, uma vez que é condição essencial para o processo de trabalho das equipes.

Refletir e reconhecer a importância da capacitação é fundamental para as transformações no processo de trabalho das equipes, pois abre espaços para atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente, sendo esses fatores essenciais para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil. A incipiência da capacitação de RH propicia não apenas a fragmentação

da utilização do SIAB, mas também das ações de planejamento, monitoramento, avaliação.

A PNIIS ainda traz importantes alternativas para financiamento das ações de informação, permitindo o aumento da incorporação de bases tecnológicas no SUS, garantindo recursos de investimentos, de incentivos, de custeios; esses pré-requisitos na consolidação da política, auxilia os municípios a se reestruturarem na área de informática e assegura equipamentos adequados para a utilização dos SIS.

Em relação às práticas cotidianas dos enfermeiros desse estudo, eles identificaram as potencialidades do SIAB para o planejamento das ações de saúde a partir da discussão dos dados produzidos, das ações de monitoramento e de avaliação, porém atribuíram a sua subutilização à falta de tempo para a análise das informações produzidas pelas equipes, sendo identificado, como um nó crítico na consolidação do processo de trabalho, por isso, merece uma séria reflexão nos modos de produzir assistência à saúde para não ocasionar uma demanda descontrolada quanto à real necessidade de saúde da população.

Para tal, o apoio da gestão é essencial, pois refletirá em práticas eficientes e efetivas, melhorando indiscutivelmente a qualidade da assistência prestada à comunidade, no âmbito individual e coletivo, tanto nas ações de promoção e prevenção quanto nas ações de reabilitação e cura.

Quanto à devolutiva dos dados produzidos pelas equipes, vale ressaltar a corresponsabilidade da gestão municipal e das equipes na produção de informação em saúde, visto que essas fontes são importantes para produção de ações e serviços de qualidade, não apenas na área de abrangência das equipes, mas para os municípios, fortalecendo a porta de entrada aos serviços de saúde e consequentemente, à rede de atenção à saúde no âmbito municipal.

O SIAB, mesmo com suas limitações, fornece subsídios para tomada de decisão local, porém é urgente que os dados produzidos por ele sejam analisados, pelas equipes locais e pela gestão municipal.

Acredita-se que para o fortalecimento do SIAB como ferramenta de trabalho, seja necessário, um treinamento amplo, não relacionado apenas à forma de enviar os dados produzidos para os outros níveis de gestão, já que os municípios não são meros coletores de dados e, sim, capacitar as equipes para explorar as potencialidades do SIAB, como sistema de informação em saúde e como instrumento do trabalho cotidiano. A execução eficiente de ações de saúde para a

população, de acordo com a sua realidade, assegurará as facilidades em relação à plena utilização do sistema e diminuição e eliminação das dificuldades que são trazidas, em sua maioria, pela falta de conhecimento de todo o processo.

As barreiras e dificuldades encontradas, neste estudo, refletem na urgente necessidade de mudanças de práticas assistenciais e gestoras, de forma que possam refletir e contribuir positivamente para a consolidação da ESF como modelo de reorganização do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto/SP**. Tese (Mestrado) - Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2006.

BARBOSA, D. C. M; FORSTER, A.C. **Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto**, São Paulo. Caderno de Saúde Coletiva, 18(3): 424-33. Rio de Janeiro, 2010.

BITTAR, T.O; MENEZES, M.C et al. **O sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta na gestão em saúde**. Rev RFO, v.14, n.1, p.77-81, jan-abr, 2009.

BRANCO, M. A. F. **Sistemas de informação em saúde no nível local**. Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro 12(20:267-270. abr-jun, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final, 1977. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf. Acesso em 18 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 18 de outubro de 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federal do Brasil**. Brasília. DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil/03Constituicao>. Acesso em: 15 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**/Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: MS, 1998. 5-55p. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 8 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**/Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2000(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, v.34, n.3, p.316-319, jun.2000(b).

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** (Informes técnicos institucionais), v.34, n.5, p.561-64, out.2000(c).

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, 2000(d). 21p. Disponível em: <www.datasus.gov.br/sisprenatal>. Acesso em: 8 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1013, de 11 de setembro de 2000. Diário Oficial da União, n.175 –E33, Brasília: MS, 2000(e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Hiperdia - **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes**. Rio de Janeiro: 2002(a). 104p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/editoria/manual>. Acesso em: 8 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 1998-2002**. Brasília: MS; 2002(b)

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB: **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: MS. Departamento de Atenção Básica, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: MS. Departamento de Informação e Informática do SUS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**. Garantindo saúde nos municípios Brasília: MS. Serie F. Comunicação e Educação em Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 43-60 p.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações em Saúde**. Demografias e Socioeconômicas. População Residente– Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**/ Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz – Brasília: 123p. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde-Brasília**: 64p. Ministério da Saúde, 2009(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de planejamento e orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS:uma construção coletiva**:

monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Subsecretaria de planejamento e orçamento. – Brasília: 76p.MS, 2010.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção a saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CASTRO, R.C.F. **Comunicação Científica na área de Saúde Pública: Perspectiva para a tomada de decisão baseada em conhecimento.** Tese (Doutorado) – Departamento de Práticas de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CORDEIRO, H. O instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(2): 343-362, 2004.

CORTEZ, E.A. Tocantins F.R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, nov-dez; 59(6): 800-4, 2006.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload.Arq/almaata.paf>. Acesso em 12 de setembro de 2010.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.21, n.2-3, mar.2007.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2004, v.4, n.3, pp. 317-321. ISSN 1519-3829. Acesso em: 28 de dezembro de 2010.

FERNANDES, M.C; BARROS, A.S. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jan-fev 63(1): 11-5, 2010.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500035&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 de dezembro de 2010.

FIGUEIREDO, L. A; ; PINTO, I.C. **A análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.** Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Departamento de Enfermagem Materna Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2009.

FORSTER, A.C. **Regionalização e níveis de atenção a saúde**. Material de apoio da disciplina RCG 452 – Organização e administração em saúde. 1999.

FRANÇA, T.; MACHADO, M. H. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Um Estudo Exploratório**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 2001.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, et AL. O método de pesquisa survey. São Paulo-SP. **Revista de Administração da USP-RAUSP**. v 35, n 3, p.105-112, Jul-Set.2000.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização dos Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. 13 (4):547-54, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 207p, 1991.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2005, v.21, n.2, pp. 490-498. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200015. Acesso em 27 de dezembro de 2010.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos a pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde**.- Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz, 275p:Il, 2005.

LEI 6229/75 | Lei no 6.229, de 17 de julho de 1975. Disponível em. <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128430/lei-6229-75>. Acesso em 12 de setembro de 2010.

LIMA, C.R.A.; SCHRAMM, J.M.A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Caderno de saúde Publica**. Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, outubro, 2009.

LOPES, C.M.B.; BARBOSA, P.R. **Planejamento e Organização da Atenção em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: EAD-ENSP, 132p, 2008.

MACHADO, M.H., organizadora. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Região Nordeste. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

MATTOS, R.; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

MISHIMA, S.; PINTO, I.C.; ALMEIDA, M.C.P. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate** 24(54):66-74; 2000.

NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(2):333-345, 2005.

NICHIATA, L.Y.I.; FRACOLLI, L.A. **O Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no Programa Saúde da Família**: a especificidade do enfermeiro. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, organizador. Manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde; p.29-33,2001.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. saúde pública = J. public health**; 34(5):547-59, out.2000. Acesso em 03 de Janeiro de 2011.

OLIVEIRA, Q. C. **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 (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. Thompson, 2 ed. 2004.

PEDUZZI, M. **A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde**. In: Anais do 1º Seminário Estadual: O enfermeiro no programa de saúde da família; 2000: nov. 9-11: São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; p.1-11, 2000.

PEIXOTO, H.C.G.; SOUZAS, M.M. Rede intragerencial de informações para a saúde em Santa Catarina: Avanços e perspectivas da informação em saúde no Estado.**Rev. Saúde Publica.Santa Catarina**- Florianópolis. v.1, n.1, jan./jun. de 2008.

PETERLINE, O.L.G.; ZAGONEL, I.P.S. O Sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto e Contexto Enfermagem**- Florianópolis, v.15, n. 3, set.2006.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCHA, J.Y.; CACCAI-BAVA, M.C.; FORSTER, A.C.; BARROS, J.B. **Projeto de Apoio Permanente da USP – Ribeirão Preto as necessidades dos CGR-DRS XIII no período de julho de 2008 a dezembro de 2010**. Relatório referente ao período de agosto de 2008 e junho de 2009 e Plano de ação de julho de 2009 a dezembro de 2010.

ROCHA, J.B.B; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros de um Programa de Saúde da Família. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro: jan./mar.2007; 15(1):46-52. Acesso em 27 de dezembro de 2010.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino Americana de Enfermagem**.13(6):1027-34, 2005.

SANTINI, L.A.; GOULART, F.A.A.; REIS, H.C. E outros. **A saúde no município: Organização e Gestão**. 2 ed., cap. 2, 13-16p. Rio de Janeiro- IBAM-UNICEF: 1992.

SAS Institute Inc., *SAS/STAT® User's Guide, Version 9*, Cary, NC: SAS Institute Inc., 2003.

SETZER, V.W. Dado, Informação, Conhecimento e competências. Datagramazero. Ciencias. dez.1999. Disponível em: <http://www.ime.usp.br/~vwsetzer/dado-info.html>. Acesso em: 20 de dezembro de 2009.

SILVA, A. S. da; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. v.21, n.6, ISSN 0102-311X. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005,

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 225p,2002.

THAINES, G.H.L.S; BELLATO, R.; FARIAS, A.P.S.; ARAUJO, L.F.S. Produção, Fluxo e Análise de dados do sistema de informação em saúde: Um caso exemplar. **Texto Contexto Enfermagem**. 18(3): 466-74, Florianópolis, jul/set.2009.

VERGARA,S.C. Métodos de coleta de dados no campo. Atlas. São Paulo,2009.

VICTORIA, C.G.; KANUTH, D.R.; HASSEN, M.N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VILLA, T.C.S.; MISHIMA, S.M. et al. A enfermagem nos serviços de saúde publica do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M., organizadores. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; p.61-112,1997.

WEIRICH, C.F; MISHIMA, S.M, et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis 18(2): 249-57, abr./jun.2009.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição das funções essenciais de saúde pública [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de pós graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

ANEXO A – Pauta dos Colegiados de Gestão Regional

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO

Fone: (16) 3607-4258 / Fax: (16) 3607-4202

E Mail: drs13@saude.sp.gov.br

Av. Independência, nº 4770 – CEP 14026-160 – Ribeirão Preto – SP

Ribeirão Preto, 28 de maio de 2010.

DRS XIII-G
Ofício Circular nº 024/2010
RDC/dml

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos a Vossa Senhoria que a **32ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO DE GESTORES DA REGIÃO DE SAÚDE VALE DAS CACHOEIRAS**, será realizada no **dia 01/06/2010, às 9:00 horas - Sala 3**, na Sede deste Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII, com a seguinte pauta:

- 1) Aprovação da Ata anterior;
- 2) Exames Fibroscopia e Audiometria – HE – 10 minutos
- 3) Projeto QualiAB – Marta – 15 minutos;
- 4) Apresentação Projeto Mestrado – Enfª Priscila – Monte Alto;**
- 5) Exames Milton Tito – Daniela – 20 minutos;
- 6) Lista de pacientes do CGR que invadem Ribeirão Preto - Daniela – 10 minutos;
- 7) Transporte para São Paulo – IAL – Daniela – 10 minutos;
- 8) Agenda Vídeo Conferência HAS/DM – 05 minutos;
- 9) Pagamento Pró-Santa Casa II – 5 minutos;
- 10) Curso ALSO – Carminha – 5 minutos;
- 11) PAREPS 2009 – início do Curso de gerência – Carminha – 5 minutos;
- 12) Assuntos Urgentes.

Participação como ouvinte do mestrando Pedro Silveira Carneiro - USP

Atenciosamente,

RONALDO DIAS CAPELI
Diretor Técnico de Deptº de Saúde
DRS XIII - Ribeirão Preto

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO

Fone: (16) 3607-4258 / Fax: (16) 3607-4202

E Mail: drs13@saude.sp.gov.br

Av. Independência, nº 4770 – CEP 14026-160 – Ribeirão Preto – SP

Ribeirão Preto, 28 de maio de 2010.

DRS XIII-G
Ofício Circular nº 023/2010
RDC/dml

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos a Vossa Senhoria que a **33ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO DE GESTORES DA REGIÃO DE SAÚDE HORIZONTE VERDE**, será realizada no **dia 10/06/2010, às 09:00 horas - Sala 3**, na Sede deste Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII, com a seguinte pauta:

- 1) Aprovação da Ata anterior;
- 2) Exames Fibroscopia e Audiometria – HE – 10 minutos;
- 3) Projeto QualiAB – 15 minutos;
- 4) Pagamento Pró-Santa Casa II – 5 minutos;
- 5) Apresentação Projeto Mestrado – Enfª Priscila – Monte Alto ;**
- 6) Transporte para São Paulo – IAL – 10 minutos;
- 7) Agenda Vídeo Conferência HAS/DM – 5 minutos;
- 8) Curso ALSO – Carminha – 5 minutos;
- 9) PAREPS 2009 – início dos Cursos – Carminha – 5 minutos;
- 10) Transferência de recursos PPI – Jaboticabal p/ Monte Alto – 5 minutos
- 11) Assuntos Urgentes.

Participação como ouvinte do mestrando Pedro Silveira Carneiro - USP

Atenciosamente,

RONALDO DIAS CAPELI
Diretor Técnico de Deptº de Saúde
DRS XIII - Ribeirão Preto

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO
Fone: (16) 3607-4258 / Fax: (16) 3607-4202
E Mail: drs13@saude.sp.gov.br
Ribeirão Preto, 28 de maio de 2010.

DRS XIII-G
Ofício Circular nº 022/2010
RDC/dml

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos a Vossa Senhoria que a **34ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COLEGIADO DE GESTORES DA REGIÃO DE SAÚDE AQUÍFERO GUARANI**, será realizada no **dia 02/06/2010, às 09:00 horas - Sala 3**, na Sede deste Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII, com a seguinte pauta:

- 1) Aprovação da Ata anterior;
- 2) Exames Fibroscopia e Audiometria – HE – 10 minutos;
- 3) Projeto QualiAB – Marta – 15 minutos;
- 4) Recursos TFVS - município de Santa Rita do Passa Quatro - Renata – 10 minutos;
- 5) Apresentação Projeto Mestrado – Enfª Priscila – Monte Alto;**
- 6) Transporte para São Paulo – IAL – 10 minutos;
- 7) Agenda Vídeo Conferência HAS/DM – 5 minutos
- 8) Pagamento Pró-Santa Casa II – 5 minutos;
- 9) Exames RX, US, Tuberculose – Cravinhos – 15 minutos;
- 10) Aprovação emenda Parlamentar Santa Rosa de Viterbo – 05 minutos;
- 11) Aprovação de 07 equipes de Saúde Bucal na ESF – Ribeirão Preto – 10 minutos;
- 12) Curso ALSO – Carminha – 5 minutos;
- 13) Participação dos Interlocutores no GTH – Élida – 5 minutos;
- 14) Assuntos Urgentes.

Participação como ouvinte do mestrando Pedro Silveira Carneiro - USP

Atenciosamente,

RONALDO DIAS CAPELI
Diretor Técnico de Deptº de Saúde
DRS XIII - Ribeirão Preto

ANEXO B – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 16 de maio de 2010.

Of. N°098/10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao projeto de pesquisa: "O conhecimento auto-referido dos enfermeiros inseridos na Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização", protocolo nº 392/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. Sª e da pesquisadora Priscila Mina Galati (aluna de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP), foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos
Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Igel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. Dra. Aldaísa Cassanho Forster
Docente do Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Apêndice A – Carta de autorização do Secretário Municipal da Saúde

, ____ de ____ de 2010

Ilmo(a) Sr(a) Secretário da Saúde

Na qualidade de Enfermeira aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Comunidade do Depto. de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento do projeto de mestrado.

Em anexo a este documento encontra-se a cópia do projeto, onde constam os dados necessários para sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo identificar e analisar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Básica e sua utilização. Tendo como orientadora desta pesquisa a Professora Dra. Aldaísa Cassanho Foster.

Serão garantidos os sigilos, o anonimato, o respeito a todos os sujeitos envolvidos e às instituições em estudo.

Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente

Priscila Mina Galati

Local e Ciente. De acordo

_____, ____ de ____ de 2010.

Assinatura do Secretário.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido o Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“O conhecimento dos enfermeiros inseridos na Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização.”** E voluntariamente responder ao questionário auto aplicável, que lhe será colocado. O projeto será conduzido pela pesquisadora Enfermeira Priscila Mina Galati.

O objetivo da pesquisa é estudar e analisar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre o Sistema de Informação da Básica e sua utilização nos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto DRSXIII. As informações que o senhor (a) nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação, o senhor (a) estará contribuindo para a melhoria da saúde e planejamento da assistência em nossa região.

Para isto será necessário a senhor (a) disponibilizar cerca de 40 minutos para preenchimento do questionário, se o senhor (a) concordar em participar e assinar o presente TCLE.

As suas informações e respostas serão mantidas sob minha responsabilidade e a guarda do pesquisador, e os resultados obtidos serão utilizados na dissertação de mestrado, em publicações científicas e apresentação de eventos.

O seu nome será mantido em sigilo. As pessoas não serão identificadas, e as informações serão consideradas confidenciais.

O senhor (a) terá garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando, de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. E, não terá gastos em participar da pesquisa.

O senhor (a) receberá uma copia deste TCLE assinado pelo pesquisador responsável.

Assim, gostaríamos de solicitar sua colaboração através do fornecimento de informações relativas ao fato. Não estão previstas despesas e nem mesmo gratificação dos participantes.

Pesquisador Responsável: _____

Priscila Mina Galati

Aluna de Pós Graduação do curso de mestrado em Saúde na Comunidade do Depto. de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Jesus Fernandes, 200, Real Paraíso fone: (16) 9609-0051

E-mail: pri_galati@hotmail.com

Eu, Sr(a) _____ Rg _____, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____/____/2010

Assinatura do sujeito da pesquisa

Apêndice C – Questionário

1. *Identificação do profissional que utiliza o Sistema de Informação*

Há quanto tempo você esta inserido nesta equipe?

- () 6 meses a 11 meses e 29 dias () 1 a 1 ano 11 meses e 29 dias
 () 2 a 2 anos 11 meses e 29 dias () 3 a 3 anos 11 meses e 29 dias
 () 4 a 4 anos 11 meses e 29 dias () 5 anos ou mais.

Em relação ao sexo:

- () Feminino () Masculino

Quantos anos você tem?

.....

Você possui especialização em Saúde da Família?

- () sim () não () não se aplica

O seu município possui programa de educação permanente em suas ações?

- () sim () não () não sei

2. *Quanto à utilização do sistema*

Qual sistema utilizado para alimentação dos dados da Estratégia Saúde da Família?

.....

Você recebeu treinamento para utilizar o SIAB?

- () sim () não () não lembro

Quais membros da equipe utilizam o SIAB?

- () médico () enfermeiro () auxiliar de enfermagem () ACS

Qual a frequência de utilização do SIAB para alimentação dos dados?

- () diariamente () semanalmente () mensalmente () não utilizo

Qual a frequência de utilização do SIAB para as ações de planejamento das ações?

- ☐ diariamente ☐ semanalmente ☐ mensalmente ☐ trimestralmente
☐ semestralmente ☐ anualmente ☐ não utilizo

Qual a frequência de utilização do SIAB para ações de monitoramento e avaliação das ações das equipes de saúde da família?

- ☐ diariamente ☐ semanalmente ☐ mensalmente ☐ trimestralmente
☐ semestralmente ☐ anualmente ☐ não utilizo

Você sabe quais as fichas estão disponíveis para o SIAB?

- ☐ sim ☐ não ☐ algumas

Se utiliza, quais são as fichas?

- ☐ Ficha A ☐ Ficha B e C ☐ Ficha D ☐ PMA2 ☐ SSA2

Qual o motivo que o leva a acessar o sistema de informação?

- ☐ Preenchimento de Ficha A ☐ Alimentação da produção mensal
☐ Supervisão do trabalho da equipe ☐ Monitoramento ☐ Avaliação

3. *Quanto ao seu uso como instrumento de monitoramento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família.*

Quem alimenta os dados de produção mensal no SIAB?

- ☐ médico ☐ enfermeiro ☐ auxiliar de enfermagem ☐ ACS ☐ outro profissional

Antes da inserção dos dados no SIAB eles são analisados por algum membro da equipe?

- ☐ sim ☐ não ☐ às vezes

Se sim, por qual membro da equipe?

- ☐ médico ☐ enfermeiro ☐ auxiliar de enfermagem ☐ ACS
☐ outro profissional

Como são priorizadas as ações de saúde realizadas pela equipe?

.....

Quais instrumentos que a equipe dispõe para o planejamento das ações de saúde para a população adscrita?

.....

Você considera o SIAB um sistema para avaliação e monitoramento da estratégia Saúde da Família?

☐ sim ☐ não

Há uma devolutiva para a equipe dos dados que são produzidos?

☐ sim ☐ não ☐ não sei

Se sim, por qual instância?

☐ municipal ☐ estadual ☐ federal

Se não, como você entende esta falta de retorno dos dados produzidos?

☐ falta de interesse dos gestores dos dados produzidos

☐ o SIAB esta associado ao repasse financeiro

☐ falta de comprometimento com estratégia de Saúde da Família

☐ falta de conhecimento dos gestores sobre a potencialidade do SIAB

☐ falta de preparo para as ações de monitoramento e avaliação da Atenção Básica

Quais as dificuldades em relação ao sistema?

☐ insuficiência de computador

☐ falta de tempo

☐ falta de conhecimento em relação ao SIAB

☐ software de difícil manuseio

☐ não tenho interesse em manusear o SIAB

☐ o manuseio do sistema não faz parte de minhas atribuições

☐ o SIAB não traz informações importantes para a equipe

☐ SIAB não traz dados qualitativos em relação as equipes de saúde da família

☐ os dados do SIAB não expressam a realidade da equipe de saúde da família

- () não auxilia as equipes para as ações de monitoramento, avaliação e planejamento das ações
- () não temos a devolutiva em relação aos dados produzidos pelas equipes
- () o SIAB é um sistema que só é alimentado devido estar atrelado com repasse financeiro aos municípios
- () o sistema impossibilita a avaliação das ações de saúde bucal e demais profissionais vinculados as equipes de saúde da família.

Quais as facilidades em relação ao sistema?

- () equipamento adequado
- () somos capacitados para explorar as potencialidades do SIAB
- () software de fácil manuseio
- () auxilia nas ações de monitoramento, avaliação e planejamento das ações das equipes de saúde da família
- () expressa a realidade local da situação de saúde da população
- () capacidade de microlocalizar os problemas sanitários
- () possibilita a equipe a organizar-se para análise e discussão dos dados produzidos pelo SIAB.

Apêndice D - Relação dos municípios e seus respectivos CGR que possuem ESF em seu modelo de atenção à saúde do DRS XIII – Ribeirão Preto, consentimento do gestor em participar do estudo, número de questionários enviados e devolvidos e colegiados a que eles pertencem.

Município	CGR ⁵	AG ⁶	QE ⁷	QD ⁸
A	2	sim	1	1
B	2	sim	3	3
C	2	sim	2	1
D	2	sim	24	7
E	2	sim	1	1
F	2	sim	2	1
G	2	sim	1	1
Total			34	15
H	3	sim	1	1
I	3	não	1	0
J	3	sim	1	1
K	3	sim	3	3
L	3	sim	5	5
M	3	sim	1	1
Total			12	11
N	1	sim	5	5
O	1	não	4	0
P	1	sim	1	1
Q	1	sim	5	5
R	1	sim	1	1
S	1	sim	1	1
T	1	sim	2	2
Total			19	14
Total Geral			65	40

⁵ Colegiado de Gestão Regional – Planejamento do Departamento Regional de Saúde XIII, 2010.

⁶ Autorização do Gestor.

⁷ Questionários Enviados.

⁸ Questionários Devolvidos.