UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Andréia Arantes Batista Guedes

**A informação na Atenção Primária em Saúde como
ferramenta para o trabalho do enfermeiro**

Ribeirão Preto

2007

ANDRÉIA ARANTES BATISTA GUEDES

**A informação na Atenção Primária em Saúde como ferramenta para
o trabalho do enfermeiro**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserido na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

2007

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Guedes, Andréia Arantes Batista

A informação na Atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro. Ribeirão Preto, 2007.

178 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto.

1. Atenção Primária à Saúde, 2. Sistemas de informação, 3. Enfermeiros

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andréia Arantes Batista Guedes

A informação em Atenção primária à saúde como ferramenta do trabalho do enfermeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa – Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof Dr: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Edmar e Dulcinéia, pelo amor, confiança e dedicação dispensada em todos esses anos de vida. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida, por iluminar meu caminho e amparar-me nos momentos difíceis.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, educação, apoio e incentivo que recebi durante toda a minha vida.

Às minhas irmãs, Alexandra e Edlaine, pela companhia, amizade e amor.

Ao meu querido irmão Adriano, que mesmo distante, sempre participou de minha vida, me incentivando e encorajando;

Ao meu querido namorado André, pela paciência, amor e carinho que demonstrou em todos estes anos, principalmente nos momentos que precisei me ausentar para que este trabalho fosse concluído. Te amo!

À minha querida orientadora e amiga, Ione, pela paciência, pelo carinho, pela força que me deu nos momentos mais difíceis e pelos ensinamentos. Obrigada por tudo!

Aos funcionários e docentes da EERP-USP, que me acompanham desde a graduação.

Aos meus colegas do Núcleo de Saúde da Família II e CSE Vila Tibério, pela paciência e apoio dado durante estes anos de dedicação à pós graduação;

À Elaine Padilha, minha amiga irmã, que me acompanha desde a graduação, obrigada pela colaboração neste trabalho e amizade.

Às minhas queridas colegas e amigas da PG: Claudia, Bárbara, Luana, Michele e Valéria pelo apoio e auxílio dado no desenvolvimento desta dissertação.

À Prof^a Aldaísa e Prof Pedro, obrigada por participarem da minha formação e por me acompanharem no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Milton Laprega, pela sua contribuição no presente trabalho.

À Márcia Regina, bibliotecária da Biblioteca Central da USP, pela colaboração na correção das referências.

Às enfermeiras que aceitaram participar deste estudo.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO.....	01
I. INTRODUÇÃO	06
1.1– Atenção Primária à Saúde	07
1.2- Estratégia Saúde da Família.....	15
1.2.1 – O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	17
1.3- Informação em Saúde.....	20
1.4- Sistema de Informação em Saúde	22
II. OBJETIVOS	24
2.1– Objetivo Geral	25
2.2– Objetivos Específicos	25
III. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	26
3.1– Local do Estudo.....	28
3.1.1 – O município de Ribeirão Preto	28
3.1.2 – A relação do município com a Estratégia Saúde da Família	32
3.2– Sujeitos da Pesquisa	34
3.3- Aspectos Éticos da Pesquisa	35
3.4– Instrumento de Coleta de dados	36
3.5– Estudo piloto	38
3.6– Aproximação com o campo e com as enfermeiras.....	38
IV. ANÁLISE DOS DADOS	40
4.1– Caracterização dos sujeitos do estudo	43
V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
5.1– Os sistemas de informações públicos de Base Nacional utilizados pela APS no município de Ribeirão Preto	45

5.1.1 - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	45
5.1.2 – Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM)	48
5.1.3 - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	51
5.1.4 - HIPERDIA	52
5.1.5 - SISPRENATAL	54
5.1.6 - Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB)	56
5.1.7 - SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde)	62
5.1.8 - Sistema HYGIA	63
5.2– Entrevistas	67
5.2.1 - A informação e o sistema de informação como instrumento na organização das ações de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.....	68
5.2.2 - Fontes de informações: a busca dos enfermeiros	78
5.2.3 - Registro de dados oficiais e alimentação dos SIS: o enfermeiro nesta empreitada.....	87
5.2.4 - O livro em branco da informação escrito pela equipe de saúde da família: o enfermeiro colaborando com a obra.....	97
5.2.5 - As debilidades dos Sistemas de Informações na Atenção primária em Saúde na ótica dos Enfermeiros.....	105
5.2.6 - A potência dos Sistemas de Informações na Atenção Primária em Saúde: a ótica do enfermeiro	112
5.2.7 - As sugestões dos enfermeiros para potencializar as informações em saúde na Estratégia Saúde da Família.....	114
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	136
APÊNDICE A	137
APÊNDICE B.....	138
APÊNDICE C.....	139
APÊNDICE D	140
ANEXOS.....	142

RESUMO

Guedes, A.A.B. **A Informação na atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro.** Ribeirão Preto, 2007. 178p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa teve como objetivos analisar as características e finalidades dos sistemas de informações disponibilizados na Atenção Primária à Saúde e as fontes de informações utilizadas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família para a organização do trabalho, assim como identificar as formas oficiais e não oficiais de registro de dados que têm colaborado com a organização do trabalho do enfermeiro. É um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentada em MINAYO (1998). Como instrumento de coleta de dados, realizamos o levantamento documental e o trabalho de campo com entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com as enfermeiras que trabalham na estratégia Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, totalizando 10 enfermeiras. Para a análise dos dados, utilizamos a análise do discurso, modalidade temática fundamentada no referencial de BARDIN (1995). As entrevistas foram norteadas por meio de questões relativas ao uso de dados para a organização da unidade de saúde, finalidade do uso, fontes de informações utilizadas, formas de registro de dados coletados, dificuldades e potencialidades dos SIS e sugestões. Os dados obtidos foram agrupados por temas: **Tema 1:** A informação e o sistema de informação como instrumento na organização das ações de enfermagem na Estratégia Saúde da Família; **Tema 2:** Fontes de informações: a busca dos enfermeiros; **Tema 3:** Registro de dados oficiais e alimentação dos SIS: o enfermeiro nesta empreitada; **Tema 4:** O livro em branco da informação escrito pela equipe de saúde da família: o enfermeiro colaborando com a obra; **Tema 5:** As debilidades dos Sistemas de Informações na Atenção Primária à Saúde na ótica dos enfermeiros; **Tema 6:** A potência dos Sistemas de Informações na Atenção Primária à Saúde na ótica dos enfermeiros; **Tema 7:** As sugestões dos enfermeiros para potencializar as informações em saúde. Diante dos resultados obtidos, consideramos que as enfermeiras que trabalham na APS no município de Ribeirão Preto, utilizam os Sistemas de Informações em Saúde como ferramenta de apoio em diversas atividades: administrativas/ gerenciais ou assistenciais. Os sistemas de informações mais utilizados pelos enfermeiros do PSF são SIAB, HYGIA, SISPRENATAL E HIPERDIA, e a frequência e a finalidade do uso de cada um desses sistemas varia de acordo com o modelo assistencial existente na unidade: ESF ou ESF + UBS; desta maneira alguns sistemas de informações são utilizados por algumas enfermeiras somente para enviar os dados para o nível central e para outras enfermeiras para diagnóstico local, planejamento de atividades com a comunidade, avaliação da assistência oferecida pela equipe da saúde da família, organização da unidade no que diz respeito à previsão de materiais e organização de agendas. Diversas fontes de informações são utilizadas pelas enfermeiras que trabalham na ESF, dentre elas os sistemas de informações existentes na APS, os usuários dos serviços de saúde, líderes comunitários, prontuários, livros, cartões de vacinas, a própria equipe de saúde da família e as outras equipes, quando a unidade possui mais de uma equipe de saúde da família. Em relação ao registro dos dados, identificamos que o registro das informações pode ser feito em prontuários, sistemas nacionais de informações ou em instrumentos não oficiais criados pelas equipes para registro de dados. Em relação aos prontuários, no município de Ribeirão Preto identificamos que existem três tipos: prontuário individual, prontuário familiar e prontuário misto. Os prontuários individuais são arquivados segundo a numeração do sistema HYGIA e os prontuários familiares são arquivados segundo a numeração da microárea e da família. Ainda em relação a esse aspecto estudado, quando o registro de dados se dá no prontuário,

observamos diferenças em relação às unidades de ESF e ESF + UBS, pois a maioria das unidades de ESF fazem uso do prontuário de família para registro de dados, enquanto as unidades de ESF + UBS, utilizam o prontuário individual e na maioria dos casos não trabalham com prontuários de família. Durante este estudo identificamos que as equipes criam outras formas de registro de dados para preencher as lacunas deixadas pelos sistemas formais de informações, de forma a permitir que a assistência oferecida seja melhor planejada e adequada as reais necessidades da área adscrita. Os instrumentos criados pelas equipes para registro desses dados são: lousas, cadernos, planilhas e fichas. Isto porque nem sempre os dados disponíveis nos sistemas de informações existentes são suficientes para caracterizar um problema e fazer um diagnóstico local fidedigno e completo. As dificuldades identificadas em relação aos sistemas de informações podem ser classificadas em: dificuldades relacionadas à alimentação dos sistemas, à análise dos dados consolidados, aos treinamentos e capacitações/atualizações das equipes, ao feedback dos dados, a existência de modelos assistenciais diferentes na mesma unidade de saúde e dificuldades referentes ao próprio sistema, neste caso, ao SIAB e ao HYGIA, sistemas de informações mais citados pelas enfermeiras. As sugestões feitas pelas enfermeiras demonstraram suas reais necessidades em relação aos SIS, para que estes possam verdadeiramente auxiliar as equipes no processo de trabalho em saúde da família, atendendo suas necessidades de vigilância à saúde da população adscrita, vigilância epidemiológica e monitoramento e avaliação de ações e serviços implementados.

Descritores: 1. Atenção Primária à Saúde, 2. Sistemas de informações, 3. Enfermeiros

ABSTRACT

Guedes, A.A.B. **The information in the primary attention in health as tool for the work of the nurse.** Ribeirão Preto, 2007. 178p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This research had as objective to analyze the characteristics and purposes of the systems of information available in the Primary Attention to the Health and the sources of information used for the nurse of the Strategy Health of the Family for the organization of the work, as well as identifying to the official forms and not registers of data that have collaborated with the organization of the work of the nurse. It is a descriptive and explored study, with qualitative boarding, based on MINAYO (1998). As instrument of collection of data, we carry through the documentary survey and the work of field with half-structuralized, recorded interviews, with the nurses who work in the strategy Health of the Family in the city of Ribeirão Preto, totalizing 10 nurses. For the analysis of the data, we use the thematic analysis based on the referencial of BARDIN (1995). The interviews had been guided by means of relative questions to the use of data for the organization of the unit of health, purpose of the use, sources of used information, forms of register of collected data, difficulties and potentialities of the SIS and suggestions. The gotten data had been grouped in seven aspects of analysis: Subject 1: The information and the system of information as instrument in the organization of the actions of nursing in the Strategy Health of the family; Subject 2: Sources of information: the search of the nurses; Subject 3: Register of official data and feeding of the SIS: the nurse in this taken over on a contract basis; Subject 4: The blank book of the information written for the team of health of the family: the nurse collaborating with the workmanship; Subject 5: The debilidades of the Systems of Information in the Primary Attention in Health in the optics of the nurses; Subject 6: The power of the Systems of Information in the Primary Attention in Health in the optics of the nurses; Subject 7: The suggestions of the nurses to potencializar the information in health. Ahead of the gotten results, we consider that the nurses who work in the APS in the city of Ribeirão Preto, use the Systems of Information in Health as tool of support in diverse activities: administrative managemental or health care. The systems of information more used by the nurses of the PSF are SIAB, HYGIA, SISPRENATAL and HIPERDIA, and that the frequency and the purpose of the use of each one of these systems in accordance with vary the existing health care model in the unit: PSF or PSF + UBS; in this way some systems of information are used by some nurses to only send the data for the central level and other nurses for local diagnosis, planning of activities with the community, evaluation of the assistance offered for the team of the health of the family, organization of the unit in what it says respect to the forecast of materials and diaries organization. Diverse sources of information are used by the nurses who work in the SHF, amongst them the systems of existing information in the APS, the communitarian users of the health services, leaders, handbooks, books, cards of vaccines, the proper team of health of the family and the other teams, when the unit possess more than a team of health of the family. In relation to the register of the data, we identify that the register of the information can be made in handbooks, national systems of information or in not official instruments created by the teams for register of data. In relation to handbooks, in the city of Ribeirão Preto we identify that three types exist: individual handbook, familiar handbook and mixing handbook. These individual handbooks are filed according to numeration of the Hygia system and the familiar handbooks are filed according to numeration of the microarea and the family. Still in relation to these aspects studied, when the register of data if gives in the handbook, we observe differences in relation to the units of SHF and SHF + UBS, therefore

the majority of the units of SHF makes use of the handbook of family for register of data, while the units of SHF + UBS, uses the individual handbook and in the majority of the cases they do not work with family handbooks. During this study we identify that the teams create other forms of register of data to fill the gaps left for the formal systems of information, of form to allow that the offered assistance better is planned and adjusted the real necessities of the adscrita area. The instruments created by the teams for register of these data are: blackboards, notebooks, spread sheets and form. This because nor always the available data in the systems of existing information are enough to characterize a problem and to make a trustworth and complete local diagnosis. The difficulties identified in relation to the systems of information can be classified in: difficulties related to the feeding of the systems, the analysis of the consolidated data, to the training and qualifications updates of the teams, to feedback of the it dates, existence of different assistance models in the same unit of health and referring difficulties to the proper system, in this in case that, to the SIAB and the HYGIA, systems of information more cited by the nurses. The suggestions made for the nurses had demonstrated its real necessities in relation to the SIS, so that these can truely assist the teams in the process of work in health of the family, taking care of its necessities of monitoring to the health of the adscrita population, monitoring epidemiologist and monitoramento and implemented evaluation of action and services.

Descriptors: 1. Primary health care, 2. Information Systems, 3. Nurses

RESUMEN

Guedes, A.A.B. La información en la atención primaria de salud como herramienta para el trabajo del enfermero. Ribeirão Preto, 2007. 178h. Disertación (Maestria) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

Esta investigación tuvo como objetivos analizar las características y finalidades de los sistemas de informaciones disponibilizados en la Atención Primaria de Salud y las fuentes de informaciones utilizadas por el enfermero de la Estrategia Salud de la Familia para la organización del trabajo, así como identificar las formas oficiales y no oficiales de registro de datos que han colaborado con la organización del trabajo del enfermero. Es un estudio descriptivo y exploratorio, con abordagem cualitativa, fundamentada en MINAYO (1998). Como instrumento de recolecta de datos, realizamos el levantamiento documental y el trabajo de campo con entrevistas semi-estructuradas, grabadas, con las enfermeras que trabajan en la estrategia Salud de la Familia en el municipio de Ribeirão Preto, totalizando 10 enfermeras. Para el análisis de los datos, utilizamos el análisis temático fundamentado en el referencial de BARDIN (1995). Las entrevistas fueron norteadas por medio de cuestiones relativas al uso de datos para la organización de la unidad de salud, finalidad del uso, fuentes de informaciones utilizadas, formas de registro de datos recolectados, dificultades y potencialidades de los SIS y sugerencias. Los datos obtenidos fueron agrupados en siete aspectos de análisis: **Tema 1:** La información y el sistema de información como instrumento en la organización de las acciones de enfermería en la Estrategia Salud de la Familia; **Tema 2:** Fuentes de informaciones: la búsqueda de los enfermeros; **Tema 3:** Registro de datos oficiales y alimentación de los SIS: el enfermero en esta tarea; **Tema 4:** El libro en blanco de la información escrito por el equipo de salud de la familia: el enfermero colaborando con la obra; **Tema 5:** Las debilidades de los Sistemas de Informaciones en la Atención Primaria de Salud en la ótica de los enfermeros; **Tema 6:** La potencia de los Sistemas de Informaciones en la Atención Primaria en Salud en la ótica de los enfermeros; **Tema 7:** Las sugerencias de los enfermeros para potencializar las informaciones en salud. Delante de los resultados obtenidos, consideramos que las enfermeras que trabajan en la APS en el municipio de Ribeirão Preto, utilizan los Sistemas de Informaciones en Salud como herramienta de apoyo en diversas actividades: administrativas/gerencias o asistencias. Los sistemas de informaciones más utilizados por los enfermeros del PSF son SIAB, HYGIA, SISPRENATAL Y HIPERDIA, y que la frecuencia y la finalidad del uso de cada uno de esos sistemas varía de acuerdo con el modelo asistencial existente en la unidad: PSF o PSF UBS; de esta manera algunos sistemas de informaciones son utilizados por algunas enfermeras solamente para enviar los datos para el nivel céntrico y para otras enfermeras para diagnóstico local, planificación de actividades con la comunidad, evaluación de la asistencia ofrecida por el equipo de la salud de la familia, organización de la unidad en lo que concierne a la previsión de materiales y organización de agendas. Diversas fuentes de informaciones son utilizadas por las enfermeras que trabajan en la ESF, de entre ellas los sistemas de informaciones existentes en la APS, los usuarios de los servicios de salud, líderes comunitarios, carpetas, libros, tarjetas de vacunas, el propio equipo de salud de la familia y los otros equipos, cuando la unidad posee más de un equipo de salud de la familia. En relación al registro de los datos, identificamos que el registro de las informaciones puede ser hecho en carpetas, sistemas nacionales de informaciones o en instrumentos no oficiales creados por los equipos para registro de datos. En relación a las carpetas, en el municipio de Ribeirão Preto identificamos que existen tres tipos: carpeta individual, carpeta familiar y carpeta mixta. Estas carpetas individuales son archivados según la numeración del sistema Hygia y las carpetas familiares son archivados según la numeración del micro área y de la familia. Aún en relación

a ese aspectos estudiado, cuando el registro de datos se da en la carpeta, observamos diferencias en relación a la unidades de ESF y ESF- UBS, pues la mayoría de las unidades de PSF hacen uso de la carpeta de familia para registro de datos, mientras las unidades de ESF-UBS, utilizan la carpeta individual y en la mayoría de los casos no trabajan con carpetas de familia. Durante este estudio identificamos que los equipos crean otras formas de registro de datos para llenar las lagunas dejadas por los sistemas formales de informaciones, de forma a permitir que la asistencia ofrecida sea mejor planeada y adecuada las reales necesidades del área adscrita. Los instrumentos creados por los equipos para registro de esos datos son: losas, cuadernos, planillas y fichas. Esto porque ni siempre los datos estan disponibles en los sistemas de informaciones existentes son suficientes para caracterizar un problema y hacer un diagnóstico local fidedigno y completo. Las dificultades identificadas en relación a los sistemas de informaciones pueden ser clasificadas en: dificultades relacionadas a la alimentación de los sistemas, al análisis de los datos consolidados, a los entrenamientos y capacitaciones/ actualizaciones de los equipos, al feedback de los datos, la existencia de modelos asistencias diferentes en la misma unidad de salud y dificultades referentes al propio sistema, en este caso, al SIAB y al HYGIA, sistemas de informaciones más citados por las enfermeras. Las sugerencias hechas por las enfermeras demostraron sus reales necesidades en relación a los SIS, para que estos puedan verdaderamente auxiliar los equipos en el proceso de trabajo en salud de la familia, atendiendo sus necesidades de vigilancia a la salud de la población adscrita, vigilancia epidemiológica y monitoramento y evaluación de acciones y servicios implementados.

Descriptores: 1. Atención primaria de salud, 2. Sistemas de Información, 3. Enfermeros

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGAIS	Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde
CODERP	Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto
CSE	Centro de Saúde Escola
CTA	Comitê Técnico Assessor
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbito
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIPERDIA	Sistema de Informação de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Ribeirão Preto
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SI	Sistema de Informação
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistemas de Informações sobre Serviços e Atendimentos Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPACS	Sistemas de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIS	Sistemas de Informações em Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Informação de Pré-natal
SISVAN	Sistemas de vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
THD	Técnico de Higiene Dentária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Nome da Unidade de Saúde, equipes de saúde da família e PACS, e enfermeiras na ESF, Ribeirão Preto, 2006..... p 34
- Quadro 2: Registro das entrevistas segundo nome, local de trabalho, dia e duração, Ribeirão Preto, 2006.....p 39
- Quadro 3: Distribuição de participantes segundo o nome, sexo, tempo de trabalho na ESF, USF e modelo assistencial, Ribeirão Preto, 2006..... p 43

APRESENTAÇÃO

Os municípios de São Paulo e Ribeirão Preto foram os dois espaços onde desenvolvi minhas atividades profissionais dentro do processo de trabalho em saúde.

Após a conclusão da graduação em enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP - USP), comecei a desenvolver minhas atividades profissionais no Centro de Saúde Escola (CSE) – Sumarezinho. Nesta unidade de saúde, fui inicialmente inserida no Ambulatório Integrado. Foi neste ambulatório, ligado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP), que tive o primeiro contato com a estratégia Saúde da Família (ESF). Naquele momento, o município possuía somente duas equipes de saúde da família implantadas, Núcleo de Saúde da Família I (NSF I) e Núcleo de Saúde da Família II (NSF II), que desenvolviam suas atividades com o auxílio dos médicos residentes de medicina de família da FMRP – USP. Neste contexto o Ambulatório Integrado atendia algumas famílias cadastradas no NSF I e acompanhadas pelos alunos do 5º ano de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRP – USP). Além das atividades desenvolvidas no Ambulatório Integrado, comecei a desenvolver atividades no Pronto Atendimento (PA), onde tive a oportunidade de desenvolver habilidades no atendimento em urgências e emergências. Foi nestes dois espaços, Ambulatório Integrado e Pronto Atendimento, que conheci alguns Sistemas de Informações em Saúde (SIS) utilizados, dentre eles: Sistema HYGIA, Sistemas de Informações sobre Serviços e Atendimentos Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA SUS), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Posteriormente, incentivada pelas propostas da Estratégia Saúde da Família, fui para o município de São Paulo, cidade em que fui contratada pela Casa de Saúde Santa Marcelina para desenvolver minhas atividades profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi neste cenário, onde permaneci por 03 anos, que tive a oportunidade de conhecer profundamente esta Estratégia e perceber o quanto era importante o trabalho do enfermeiro na equipe. Diversas eram as atividades que eu desenvolvia na equipe, dentre elas: as consultas de enfermagem nos diferentes ciclos da vida, acolhimento e consultas de enfermagem eventuais, visitas domiciliares, curativos, grupos educativos e terapêuticos, atividades de vigilância epidemiológica e vigilância a saúde, organização da unidade, planejamento de ações, supervisão de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários de saúde (ACS), assim como a supervisão de diversas atividades desenvolvidas na unidade, como vacinação, coleta de papanicolaou pela enfermagem, teste do pezinho, esterilização de materiais, curativos, ações desenvolvidas em sala de medicação, eletrocardiograma, inalação, observação e urgências. Diante da complexidade das ações que eram desenvolvidas, os Programas de Educação Continuada oferecidos pela instituição foram de grande importância nesta fase da minha vida profissional. Assim, dentre os diversos treinamentos de que participei, os relacionados aos SIS, foram capazes de me mostrar como e com qual finalidade eu poderia utilizar esses sistemas a favor do meu trabalho e, desta maneira, auxiliando a equipe a fazer o diagnóstico da área, planejamento de ações, monitoramento e acompanhamento das condições de vida e saúde da população acompanhada, além da avaliação do trabalho realizado. Os SIS disponíveis nesta Unidade de Saúde da Família (USF) eram: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), SINAN, SISPRENATAL e HIPERDIA. Porém, mesmo diante da oferta desses SIS, percebi que para a equipe desenvolver um trabalho completo, fidedigno e que fosse ao encontro das reais necessidades daquela população, seria necessário desenvolver outras formas de registro de dados que fossem capazes de fornecer informações atualizadas e

completas, e desta forma instrumentalizar-me com informações capazes de me auxiliarem na organização do trabalho, planejamento de ações, monitoramento e acompanhamento da área adscrita. Assim sendo, eu e outras enfermeiras começamos a criar fichas de supervisão de agentes comunitários de saúde, fichas de acompanhamento de gestantes, de crianças menores de 02 anos, de hipertensos, diabéticos e outras morbidades prevalentes na área, de acamados, assim como cadernos de supervisão da unidade, a fim de manter o trabalho organizado e capaz de ofertar uma assistência de qualidade para a população. Cabe lembrar, que nesta unidade de saúde, os profissionais das equipes não tinham acesso aos softwares implantados na unidade, SIAB e SISPRENATAL, pois existia um funcionário contratado para fazer a alimentação do sistema e emissão de relatórios das equipes quando estes fossem solicitados.

Durante este período, comecei a cursar o Curso de Especialização em Saúde Pública para Enfermeiros, ministrado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o que me instigou a procurar novos caminhos na área acadêmica.

Após 03 anos em São Paulo, retornei à Ribeirão Preto para trabalhar no Núcleo de Saúde da Família II. Esta unidade de saúde ocupa o mesmo espaço físico do CSE Vila Tibério, o que a caracteriza como Unidade Mista, pois é uma unidade que trabalha com dois modelos assistenciais (ESF + modelo tradicional). Nesta unidade pude vivenciar uma realidade muito diferente. Em relação às informações em saúde, percebi que os SIS se confrontavam, desde a organização dos prontuários, ou seja, os prontuários de família eram organizados segundo a lógica do SIAB e os prontuários individuais eram organizados segundo a lógica do HYGIA, até a utilização dos Sistemas disponíveis. Além disso, por ser uma unidade em que a própria equipe manuseia o software, tive a oportunidade de conhecer funções do SIAB, que até aquele momento eram desconhecidas por mim, o que muitas vezes fazia com que eu criasse manualmente formas de registros de dados contemplados no SIAB.

Porém, mesmo diante deste fato, percebi que necessitava de outras formas de registro de dados que me ofertasse informações não contempladas nos SIS disponíveis.

Nesta época, ainda incentivada pela especialização, resolvi retornar à academia e iniciar o curso de mestrado em saúde pública. Devido a minha história profissional, e instigada pelo que eu vivenciava em relação às informações em saúde, escolhi este tema. A escolha pelo profissional enfermeiro se deu através da minha preferência em focalizar a prática deste profissional em torno deste tema acreditando que a informação é uma ferramenta imprescindível para a organização do seu trabalho, mesmo ciente de que na ESF a equipe também participa do processo de produção e utilização da informação. Desta forma, esta pesquisa tem como tema a informação em Atenção Primária em Saúde (APS) como ferramenta para o trabalho do enfermeiro.

No primeiro capítulo deste estudo, apresentamos a introdução, onde fazemos uma revisão bibliográfica sobre a APS, a Estratégia Saúde da Família, o trabalho do enfermeiro nesta estratégia, a informação, os sistemas de informação e os pressupostos desta pesquisa.

No segundo capítulo, apresentamos os objetivos da pesquisa.

No terceiro capítulo discorremos sobre o percurso metodológico, apresentando a metodologia a ser utilizada, tipo de pesquisa, local do estudo, questões éticas do trabalho, sujeitos da pesquisa e instrumentos de coleta de dados.

No quarto capítulo, discorremos sobre a análise da pesquisa. No quinto capítulo, apresentamos os resultados e discussões da pesquisa.

No sexto capítulo, para finalizar, apresentamos as considerações finais, a fim de avaliar se os pressupostos do trabalho foram ou não confirmados.

I – INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo adotada em diversos países para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de sua população. A concepção de Atenção Primária como base da organização dos sistemas de saúde tende a superar concepções mais restritas que a compreendem como um sistema de saúde simplista, de baixa qualificação profissional e tecnológica e ofertada à população mais carente e excluída dos serviços de saúde ou, unicamente, como mais um nível de assistência.

A moderna concepção de atenção primária à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no relatório Dawson (*Lord Dawson of Penn, 1920*), que preconizou a organização do sistema de serviço de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais-escola. O documento descreve as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles. Esta proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (MENDES, 2002).

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu unanimamente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Cujas meta culminou na frase hoje conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária, a qual,

posteriormente foi pauta de discussão durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma Ata, em 1978, sob os auspícios da organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1979). Essa conferência definiu atenção primária à saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente bem aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS, 1978).

A conferência de Alma Ata definiu ainda como elementos fundamentais da Atenção Primária à Saúde a educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; o programa materno infantil, inclusive imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e valorização da medicina tradicional.

Em 1979, A Assembléia Mundial de Saúde instigou todos os países membros a definir e pôr em prática, estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000” (SPT 2000). Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a SPT 2000.

Quando a Organização Mundial de Saúde propôs a operacionalização das metas definidas em Alma Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte,

enquanto a maioria dos países em desenvolvimento estava longe de atingí-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação (VUORI, 1984).

Segundo Mendes (1999), existem três interpretações da atenção primária à saúde: a atenção primária à saúde como atenção primária seletiva, a atenção primária à saúde como o nível primário dos serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Essas três decodificações são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado à populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER; KILLINGSWORTH¹, 1986 apud MENDES, 2002). A interpretação da atenção primária como nível primário do sistema de serviços de saúde concebe-a como modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção do primeiro nível. A interpretação da atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Como podemos observar a interpretação da atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é a que nos parece mais coerente e

---

¹ UNGER, J.P.; KILLINGSWORTH, J. Selective Primary health care: a critical view of methods and results. **Sci. Medicine**, Narberth, V.22, P.1001-1013, 1986.

viável com o atual estágio de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, além disso é uma interpretação mais ampla, podendo conter dentro de sua significação as outras duas interpretações (MENDES, 2002).

Segundo Starfield (2002), a APS tem como atributos fundamentais: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção. A acessibilidade é a atenção oferecida, de maneira acessível, no primeiro contato com o usuário no serviço de saúde. Embora a acessibilidade esteja presente em diferentes níveis de assistência, na APS é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Em relação à longitudinalidade é definida como sendo uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Desta maneira, para o alcance de uma atenção longitudinal, seria necessário a existência de um local, um profissional ou uma equipe que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas relacionados à saúde. A integralidade, por sua vez, exige que a APS reconheça a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e que seja capaz de disponibilizar recursos para supri-las. Em relação ao último atributo da APS, coordenação da atenção, a autora explica que este é essencial para a obtenção dos outros aspectos e um desafio para os profissionais de saúde da APS, pois este atributo baseia-se na idéia de que é necessário unir todas as informações do paciente e que estas estejam disponíveis aos profissionais que o atendem em diferentes localidades, de modo à oferecer o máximo de informações possíveis para qualificar a atenção à saúde.

Assim, temos como **primeiro pressuposto** que as informações em saúde que são utilizadas pelo enfermeiro como instrumento de organização do trabalho possibilitando ofertar ao nível local uma atenção que atenda aos atributos da APS, dependem da forma de organização da unidade de saúde.

No Brasil, a APS percorreu vários caminhos antes de chegar ao momento atual. No início do século XX o modelo sanitarista campanhista predominou no país, sendo substituído nos anos 60 até a metade dos anos 80, pelo modelo médico-assistencial privatista. Com a crise econômica e política dos anos 80 e o processo de redemocratização, instituiu-se com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta Constituição definiu-se como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1988).

O SUS foi regulamentado mediante a criação das leis infraconstitucionais: 8080 de 19 de setembro de 1990, que disciplina a descentralização político administrativa, regulamentando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento do SUS (BRASIL, 1990a.); e a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990b).

Outros instrumentos, como as NOBS foram criados para possibilitarem a operacionalização do Sistema de Saúde, pois as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB) descreveram a trajetória do SUS a partir de 1991. Traçando as estratégias de operacionalização, as NOB funcionam como um instrumento regulador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Até o momento foram editadas as NOB-SUS 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e 01/02.

Tendo em vista o processo de descentralização do sistema, a NOB/SUS/93 teve como principais características: desencadear o processo de municipalização da gestão habilitando os municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena), criar a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena e constituir as Comissões Intergestores Bipartites (âmbito

estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores. Já a NOB/SUS/01/96 favoreceu mudanças no modelo de atenção, instituindo estímulos financeiros específicos para A Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), alterando a forma de alocação de recursos federais que deixou de ser orientada por critérios de remuneração de serviços produzidos, passando a ser distribuídos com base em critérios populacionais, reforçando a descentralização administrativa e política do sistema para estados e municípios, dando ênfase ao vínculo dos serviços com seus usuários, à participação e controle social e ao estímulo à prática de acompanhamento, controle e avaliação do sistema (BRASIL, 1996a, 1996b).

Foi nesse cenário que, em 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001) pelo Ministério da Saúde, a qual, dentre outros aspectos, definiu o processo de regionalização do sistema de saúde e ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica. Além disso, esta norma definiu que a oferta de procedimentos de média complexidade deveria obedecer a lógica da territorialidade, tendo como princípio norteador as necessidades e características locais. A avaliação do sistema, em relação à sua organização, qualidade e impacto da atenção prestada também foi enfatizada por esta norma (GIOVANELLA et al, 2002). Posteriormente, através da portaria n ° 373 de 27 de fevereiro de 2002 foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002a).

Em portaria de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde de 2006 e em seu artigo 2º aprova as Diretrizes Operacionais do “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS” com seus três componentes: Pactos pela Vida, em

Defesa do SUS e de Gestão. Esta portaria define um Termo de Compromisso de Gestão Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto, nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão. Nestes Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

O Termo de Compromisso de Gestão deve ser aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde e deve ser revisado anualmente, com base nos princípios constitucionais do SUS, observando as metas, os objetivos e os indicadores do referido termo, substituindo o processo de habilitação até então existente, ficando extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB/SUS 01/96 e na NOAS/SUS 2002. Até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, ficam ainda mantidas as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido pela NOB/SUS 01/96 e NOAS/SUS 2002.

Os objetivos e metas do Termo de Compromisso de Gestão estão detalhados no documento “Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006”, e têm como prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, a consolidação e qualificação da ESF como modelo de APS e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Um dos objetivos do referido Pacto é implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada, tendo no planejamento regional, mais que uma exigência formal, uma responsabilidade dos gestores com a saúde da população do território, a fim de alcançar um conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, e também desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. A Saúde do Idoso, o combate ao câncer de colo uterino e de mama, a mortalidade infantil e materna, o combate às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, e a promoção da saúde e da Atenção Básica à Saúde são as seis prioridades pactuadas.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos, e de defender os princípios dessa política pública inscritos na Constituição Federal, através da implementação de um projeto permanente de mobilização social, com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, a curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde, e aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas e da elaboração e divulgação de uma carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Tem como prioridades definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária da cada instância gestora do SUS, federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação, e estabelecer as diretrizes para a Gestão do SUS, com ênfase na descentralização,

regionalização, financiamento, Programação Pactuada e Integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

Para a implementação do Sistema Único de Saúde, como proposta de reorganização da atenção primária à saúde, surgiram várias propostas de substituição do modelo tradicional hegemônico: Medicina Geral e Comunitária, Ação Programática em Saúde, Médico de Família, Defesa da Vida e, por fim, a da Estratégia de Saúde da Família, a qual será mais explorada neste estudo.

1.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo privilegiada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma de consolidar o SUS, através da reorientação do modelo assistencial existente e operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Segundo o MS “essa estratégia não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde” (BRASIL, 2000).

A concepção da Estratégia Saúde da Família teve início quando o Ministério da Saúde criou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, através do qual começou a ter a família como foco das práticas de saúde e não mais (somente) o indivíduo introduzindo a noção de área de cobertura (por família). Por outro lado, o programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, a de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, representando, assim, um instrumento

real de reorganização da demanda. Outro elemento, ainda diferenciador, é a concepção de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Esses elementos foram considerados centrais para a construção da Estratégia Saúde da Família porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção (VIANA; DAL POZ, 1998).

A portaria 1886/GM do Ministério da Saúde, publicada em 1997 (BRASIL, 1997), visando regulamentar a implantação e operacionalização da ESF, definiu as diretrizes operacionais desta estratégia. Em relação à reorganização das práticas de trabalho, salientou o aspecto substitutivo das práticas das unidades básicas de saúde, adscrição da população – territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial, estímulo à participação e controle sociais, educação permanente dos profissionais das equipes e a adoção de instrumentos de acompanhamento e avaliação.

A implantação da Estratégia Saúde da Família teve início em 1994, sendo que até em 2005 a ESF apresentou uma adesão de 4986 municípios, atingindo um total de 24600 equipes implantadas e com uma cobertura populacional de 44,4% da população brasileira, o que corresponde a 78,6 milhões de pessoas. Dados mais recentes indicam que no estado de São Paulo, até setembro de 2006, atingiu-se um total de 2777 equipes implantadas com 23,05% de cobertura populacional.²

Com o objetivo de reorientação do modelo assistencial, a ESF vem buscando utilizar com maior racionalidade os demais níveis de atenção à saúde e produzido resultados satisfatórios nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (BRASIL, 2004).

---

² Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>> ; <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php> - Acesso em: 05 maio 2007.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Unidades de Saúde da Família (USF) trabalhariam com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área de abrangência da unidade de saúde. Recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família trabalhe com uma população adscrita, correspondente a 600-1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes e que seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4-6 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000). Quando ampliada, a equipe conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. O campo de atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Para que esta estratégia seja consolidada, é necessário que ela seja sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2004).

1.2.1 O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

De acordo com Brasil (2004), o trabalho da equipe de saúde da família é o elemento chave para a busca permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre todos os integrantes da equipe. Além disso, caracteriza-se por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar

sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersectorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Segundo Peduzzi (2000), o trabalho pode ser considerado como um processo de transformação que ocorre porque os indivíduos têm necessidades que precisam ser satisfeitas, ou seja, o trabalho é uma ação que busca um determinado resultado. Assim, o trabalho da equipe de saúde da família está relacionado com a obtenção de resultados decorrentes da atenção dispensada aos problemas de saúde. Concordamos com a autora quanto ao fato da equipe de saúde da família ser multiprofissional, cabendo a cada profissional manter-se articulado com o conjunto de ações, procurando constantemente articular as suas ações com às dos demais profissionais da equipe. Assim, segundo a mesma autora, cabe a cada profissional da equipe responder pelas ações que executa em âmbito de co-responsabilidade pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe.

Na ESF, além das atividades de assistência desenvolvidas pela equipe, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações capazes de nela interferir. Assim, as atribuições principais dos profissionais da saúde da família são: Planejamento de ações; promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância em saúde; e trabalho interdisciplinar em equipe (BRASIL, 2001a). Segundo Peduzzi (2000), o processo de trabalho do enfermeiro na ESF é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais. Portanto, segundo esta autora:

No processo de trabalho assistencial, o enfermeiro toma como objeto as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem. E no processo de trabalho gerencial, o enfermeiro toma como objeto os trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho e tem

por finalidade a implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem (PEDUZZI, 2000, p.10).

Ainda em relação às atividades desenvolvidas por este profissional, foi aprovada pela Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, que dá ao enfermeiro as seguintes atribuições:

1. Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
2. Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
3. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
4. Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
5. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
6. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b, p. 44).

É preciso compreender que a atenção à saúde não é apenas a assistência médica pois incorpora novos espaços de atuação profissional e novos processos de trabalho, requerendo efetivo compromisso dos trabalhadores com a concepção ampliada de saúde (MARQUES, 2002).

A referida autora apresenta em seu artigo a questão da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, com vistas à consolidação do sistema Único de Saúde (SUS) e relata que a análise do processo de trabalho em saúde permite evidenciar os conhecimentos e as relações de trabalho que estruturam a atividade profissional, porém, nesta análise:

(...) deve se dar numa perspectiva totalizante, em que sejam considerados não apenas os determinantes técnicos, operacionais e organizacionais do processo de trabalho, mas também os determinantes de caráter econômicos e produtivos, físicos e ambientais, históricos e sociais, culturais e políticos. Deve considerar também que os trabalhadores compõem essa realidade objetiva, construindo relações de trabalho intersubjetivas (MARQUES, 2002, p. 19).

Entendemos que o sistema de informação (SI) na APS é ferramenta importante no processo de trabalho da equipe de saúde da família, porém optamos por trazer os SIS enquanto ferramenta na organização do trabalho da enfermagem, compreendendo que os outros profissionais também produzem informações e as utilizam na organização do trabalho em saúde com suas subjetividades e construindo suas competências como sujeitos do processo.

1.3 Informação em Saúde

A informação tem assumido um papel tão importante no cotidiano das pessoas e da sociedade em geral, tornando-se instrumento de organização pessoal, social e um recurso estratégico em todas as áreas. As informações em geral são veiculadas através da televisão, jornais, rádio, televisão, revista, livro, multimídia, reunião, cinema, telefone, conversas informais e muitos outros meios.

Concordamos com Wurman (1991), ao afirmar que um dos grandes problemas a ser enfrentado pela civilização moderna é saber transformar informação em compreensão, ou seja, torná-la mais clara e acessível. Além disso, o autor afirma que para a informação ser compreendida e ser significativa é necessário meditação e tempo para ser apreendida, pois o ritmo da vida moderna trabalha contra a idéia de nos dar tempo para pensar. Por outro lado, damos uma atenção demasiada aos *hardwares* e muito pouco às pessoas. Desta forma, é preciso entender qual a finalidade da informação: o quê, para quê e o porquê.

Nem sempre o termo informação é empregado de forma correta, sendo muitas vezes considerado sinônimo de dado. Dado representa certo “valor quantitativo obtido para caracterizar um fato ou circunstância”; representa a “matéria prima da produção de informação” (BRASIL, 1998). Já o termo informação representa o conhecimento obtido a

partir de dados e que implica em interpretação por parte do usuário. Pode ser considerada como elemento representando um insumo estratégico; como processo, ou seja, um movimento na aquisição de conhecimento; e como função, servindo à representação de situações, subsidiando decisões próprias dos mecanismos de gestão (BRASIL, 1995). E segundo Wurman (1991, p.43):

(...) é imperativo fazer a distinção entre dado e informação. Informação deve ser aquilo que leva à compreensão (...) o que constitui informação para uma pessoa pode não passar de dados para uma outra. Se não faz sentido para você a denominação de informação não se aplica.

Na saúde, mais especificamente, a informação pode servir de ferramenta importante para conhecer as condições de vida e saúde de uma população, além de seus agravos, e também pode ser utilizada para planejamento, tomada de decisões e análise da produção das ações em saúde, e, desta maneira, auxiliar os sujeitos a alcançarem autonomia no desenvolvimento do trabalho em saúde. Neste contexto, informação em saúde é o produto de um conjunto de informações sociais, demográficas e epidemiológicas em saúde, produzidos por instituições públicas e privadas, utilizadas no conhecimento da realidade local, regional e nacional, no apoio ao planejamento e à tomada de decisão no campo da saúde (TEIXEIRA, 1996).

A informação é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento da sua gestão. Para que a descentralização das atividades de saúde e controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis ocorra é de grande importância, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, a informatização das atividades do SUS. Desta maneira, com a finalidade de se alcançar tais objetivos, foi atribuída ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a responsabilidade de coletar, processar e divulgar informações sobre saúde.³

---

³Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B0C0D0E0F359G3HIJd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>> - Acesso em 29abr. 2007.

1.4 Sistema de Informação em Saúde

Segundo definição de Brasil (1998, p. 01), sistemas de informação vêm a ser uma “reunião de pessoas e máquinas visando a obtenção e processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que implementa tal sistema”.

Um Sistema de Informação não é um aglomerado de informações: envolve equipamentos, pessoas, procedimentos, documentos e comunicações. Por meio dele coletam-se, armazenam-se, processam-se dados, de maneira informatizada ou não, e os recuperam, disponibilizando-os aos usuários (indivíduos ou grupos que demandaram o levantamento dos dados) que irão interpretá-los. Na saúde, o Sistema de Informação é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde. Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), na concepção do SUS, tem como objetivos possibilitar a análise da situação de saúde no nível local considerando a influência das condições de vida da população no processo saúde doença e orientar a tomada de decisão (BRASIL, 2005a).

Para que a informação seja utilizada na APS, a fim de atender as necessidades do nível local, é necessário que os municípios criem possibilidades de desagregação dos dados disponíveis. Neste sentido, Silva et al. (1996, p.12) chama nossa atenção para um Sistema de informação em Saúde que contribua para a mudança do modelo assistencial, apresentando as seguintes características:

- Abranger informações relacionadas à morbimortalidade e também as ligadas às condições gerais de vida como habitação, saneamento, emprego, alimentação, etc;
- estar desagregado para que a realidade heterogênea e desigual, das condições de vida e saúde, no interior do município, em seus distritos, bairros, estratos sociais e diferentes riscos epidemiológicos, seja visualizada pelos atores (gestores e usuários) envolvidos com a construção do SUS.

Segundo Brasil (2005a), nem sempre os dados disponíveis nos sistemas de informação existentes são suficientes para caracterizar um problema ou uma situação que se

quer conhecer, sendo, portanto, necessário produzir outras informações. Isso pode ser feito através de diferentes tipos de levantamentos, dependendo das necessidades da equipe de saúde: entrevistas, pesquisas em prontuários, grupos focais, questionários, observação dos processos de trabalhos, etc. Após estes levantamentos, o dado coletado é registrado e interpretado, para que posteriormente seja utilizado para a tomada de decisões. O uso dessa informação produzida contribui para melhorar a qualidade do serviço de saúde que poderá ser um serviço de qualidade, conforme a necessidade de saúde da população local, para identificar erros e falhas e estimular o aperfeiçoamento do trabalho de quem produz o dado.

Neste contexto, consideramos que o enfermeiro é um profissional fundamental integrado à equipe de saúde da família, com atribuições assistenciais e gerenciais e que muitas vezes, assume atividades relacionadas à organização da informação, como: elaboração de relatórios, registro e coleta de dados sobre a produção das atividades de saúde e de caracterização de uma população através da identificação de seus problemas de saúde.

Diante do exposto, nosso **segundo pressuposto** é que o enfermeiro utiliza formas de registro de dados oficiais e cria formas de registros não oficiais para melhorar a organização do trabalho no sentido de ofertar uma assistência ao nível local coerente com as suas necessidades.

Neste trabalho procuramos responder as seguintes questões: **quais são as fontes de informações (informações) que o enfermeiro da Saúde da Família utiliza para a organização do seu trabalho na Unidade de Saúde da Família? Como as utiliza? Quando utiliza? Para que utiliza? O que os enfermeiros buscam no cotidiano de seu trabalho em relação às informações em saúde? Quais dados são coletados? Onde são registrados? Dos sistemas de informações disponíveis, quais dados o enfermeiro utiliza para a organização do trabalho?**

II - OBJETIVOS

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a utilização dos sistemas de informações na Atenção Primária à Saúde para a organização do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família;

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar quais são as fontes de informações utilizadas pelos enfermeiros no cotidiano de seu trabalho;

- Identificar quais dados disponibilizados pelos sistemas de informações são utilizados pelo enfermeiro na organização do trabalho;

- Identificar os registros oficiais de dados utilizados pelo enfermeiro;

- Identificar outras formas de registro que têm colaborado na organização do trabalho do enfermeiro.

III – PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O presente trabalho é um estudo descritivo e exploratório, baseando-se em dados qualitativos.

É um estudo descritivo, pois permitiu descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. É de natureza exploratório, porque permitiu ao investigador, aumentar sua experiência em torno do problema, ajudando-o a encontrar elementos necessários que lhe permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Minayo (1998), a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem ser apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que vivenciam determinada situação.

Sendo assim, diante da intenção de se analisar os sistemas de informações disponibilizados na Atenção Primária em Saúde e as fontes de informações utilizadas pelo enfermeiro da Saúde da Família para a organização do trabalho, acreditamos que a abordagem qualitativa é a abordagem mais apropriada para este estudo, uma vez que identifica elementos para compreender como ocorre a utilização dos sistemas de informações como instrumento para o trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

3.1 Local do Estudo:

O estudo foi realizado em sete unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, que possuem equipes de saúde da família.

3.1.1 O município de Ribeirão Preto

A cidade de Ribeirão Preto foi fundada em 19 de junho de 1856. O município pertence à região nordeste do Estado de São Paulo, localizando-se a 320 km da Capital do Estado e ocupa uma área de 477km quadrados na sede e 174 km quadrados no distrito de Bonfim Paulista, situando-se num planalto sedimentar, com clima tropical úmido, sendo a temperatura máxima média de 29,9°C no verão e mínima média de 14,6°C no inverno. Possui baixos índices de poluição atmosférica, sendo os principais o monóxido de carbono, gases e fuligem proveniente da queimada da cana-de-açúcar (RIBEIRÃO PRETO, 1998).

A cidade tem aproximadamente 504.923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2000, encontrando-se entre os maiores municípios do Estado de São Paulo e do Brasil, sendo que no referente à distribuição da população, 52% são mulheres e 48% são homens; enquanto que por faixa etária destaca-se o grupo de idade de menores de 15 anos (26,35%). O grupo compreendido entre 15 a 44 anos corresponde a 50,35%, e os adultos com mais de 60 anos compõem 9,69% da população, enquanto os menores de 01 ano representam 1,25% (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A região de Ribeirão Preto é uma das mais ricas do Estado de São Paulo apresentando padrão de vida elevado (renda, consumo, longevidade). Possui também bons indicadores sociais (saúde, educação e saneamento), uma localização privilegiada, próxima a

importantes centros consumidores, e acesso facilitado devido à boa qualidade da infraestrutura de transportes e comunicação (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Nestes aspectos destaca-se o município-sede da região, Ribeirão Preto, que se constitui num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços. A região também constitui-se em um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, com destaque para as áreas médicas em Ribeirão Preto. A região consolida-se como um dos principais pólos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país. Os excelentes indicadores econômicos e sociais do município ancoram-se em uma estrutura econômica forte e diversificada tanto no município como na região. Em primeiro lugar deve-se destacar o desempenho da agricultura. A qualidade dos solos (terra roxa) e do clima fazem com que esta seja uma das principais regiões agrícolas do Estado de São Paulo e do país, constituindo-se como uma das principais produtoras de amendoim, manga, limão, abóbora, entre outros; mas que pelos valores envolvidos não assumem a mesma importância da cana. Além disso, vários produtos cultivados na região aparecem junto com a cana, na parcela da terra que fica em descanso: amendoim, feijão, arroz etc.⁴

Em relação à indústria deve-se destacar a força da agroindústria, que está muito relacionada ao desempenho do setor primário. A região é a maior produtora mundial de açúcar e álcool. As usinas representam uma das principais atividades econômicas da região estimulando o desenvolvimento de outros setores, como por exemplo, o de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas. Além das usinas, faz-se presente na região várias indústrias de suco de laranja, beneficiadoras de café, soja, amendoim, etc.; indústrias alimentícias, indústrias de ração, fertilizantes, entre outras (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Além da agroindústria percebe-se na região a presença de outros setores industriais relevantes: o de equipamentos médicos-odontológicos e farmacêuticos em

---

⁴Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/Principaln.asp?pagina=/crp/I71institucional.HTM> - Acesso em: 15 abr. 2007.

Ribeirão Preto, o setor calçadista em Franca, o setor metal-mecânico em Sertãozinho, Matão, Araraquara e São Carlos; entre outros.

As condições de saneamento básico são relativamente boas, tendo o maior percentual entre as cidades com mais de 500.000 habitantes do estado de São Paulo. Apresenta nível de abastecimento de água de 99,9% e o nível de atendimento da rede coletora de esgoto é de 98%. Além disso, apresenta nível de coleta de lixo de 100% (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O município configura-se como um centro científico, tecnológico, de serviços e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Apresenta uma ampla rede de recursos, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade. Conta com uma universidade pública de grande porte a Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto e outras privadas com cursos de graduação e pós graduação na área da saúde, se tornando um dos principais pólos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país.

Ribeirão Preto possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública (nível estadual e municipal), abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária para a prestação de serviços, para o município e região (PINTO, 2000). É município sede do Departamento Regional de Saúde XIII (DRSXIII) da Secretaria de Estado da Saúde, que abrange vinte e cinco municípios.

O município, desde 04/05/1998, por meio da portaria estadual no. 2553, está qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A rede municipal de saúde está estruturada com: 05 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), 30 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 05 Núcleos de Saúde da Família, 01 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), 01 Ambulatório Geral de Especialidades

Pediátricas (PAM II), 02 Centros de Referência de Moléstias Infecto Contagiosas, 01 Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente (NADEF), 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad), 03 Ambulatórios de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O município possui um total de 23 equipes de saúde da família distribuídas nos 05 Núcleos de Saúde da Família, em 05 Unidades Básicas de Saúde e em 02 Unidades de Saúde da Família.

O sistema de atendimento à urgência é formado pelo Resgate do Corpo de Bombeiros, pelo serviço de Atendimento Médico de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde (SAMU) e por unidades de suporte básico que trabalham de forma integrada. Esse sistema permite um atendimento eficaz e efetivo a todo tipo de urgência, contribuindo com a diminuição da mortalidade por essas causas e das seqüelas delas decorrentes.

A rede hospitalar conta com quatorze hospitais, sendo seis hospitais conveniados ao SUS e oito hospitais não conveniados ao SUS. Dos leitos hospitalares existentes no município, 70,96% estão disponibilizados para o SUS. Para a psiquiatria, o município disponibiliza 295 leitos (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Em decorrência da proposta de intensificar e ampliar as equipes de PACS e ESF, houve um crescimento no ano de 2005 da categoria de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, de farmácia, atendente de consultório dentário, farmacêuticos, dentistas e médicos. No entanto, o número de recursos humanos ainda é insuficiente para cobrir as lacunas geradas pelo aumento de serviços e da oferta (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O perfil epidemiológico é semelhante ao do país no que se refere às quatro causas de óbito: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. A região tem sido destacada como a de maior incidência em relação a AIDS,

tendo como causa principal a transmissão heterossexual e ligada ao uso de drogas. Das doenças transmitidas por vetores, a dengue é a que representa maior risco de epidemia, por isso o trabalho de eliminação de criadouros do mosquito transmissor é de fundamental importância. Além disso, houve cobertura de 21% (em 2004) do exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos de idade, e coeficiente de mortalidade, por câncer de mama, de 17,30 por 100.000 mulheres, reforçando a necessidade de se ampliar as ações preventivas na área (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

3.1.2 A relação do município com a Estratégia Saúde da Família

A SMS-RP, há alguns anos, estabeleceu a saúde da família como estratégia de reorganização da atenção básica e de consolidação do SUS, almejando concretizar o atendimento de seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização.

Esta relação do município com a ESF deu-se a partir do processo de municipalização da saúde e da implantação da gestão plena em 1998, o que possibilitou em 1999 a implantação da primeira USF no município. Esta USF foi implantada na área básica de abrangência do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP), localizado no Distrito Oeste da cidade e com a denominação de Núcleo de Saúde da Família I (NSF I). Através de recursos humanos e materiais disponibilizados pelo CSE, este primeiro Núcleo de Saúde da Família ainda não dispunha de equipe nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde. Além disso, foi implantado, simultaneamente, o Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária em Ênfase em Saúde da Família, vinculado ao Hospital

das Clínicas da FMRP-USP (USP, 2004). Após a inauguração desta primeira USF, outras unidades foram inauguradas, dentre elas os NSF II, III, IV, V, que eram coordenados por docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e da FMRP-USP, e as outras unidades de saúde do município que possuem equipes de saúde da família sob coordenação direta da SMS.

Os Núcleos de Saúde da Família fazem parte de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde, a Universidade de São Paulo, com a interveniência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP (FAEPA-HCFMRP-USP) para a prestação de serviços relativos ao desenvolvimento da assistência à saúde, conforme modelo preconizado pelo Ministério da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2006).

As outras equipes de saúde da família do município foram inseridas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) já existentes no município, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tinham equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou em Unidades de Saúde da Família (USF) implantadas nos últimos anos pela SMS.

Solicitamos junto à coordenação do ESF na SMS a relação de unidades de saúde que trabalham com a ESF e de enfermeiras que trabalham na ESF. O número de enfermeiras e equipes de saúde da família inseridas em cada unidade de saúde do município, assim como a presença ou não de equipes de PACS em cada uma delas está descrito na tabela abaixo:

Nome da Unidade de Saúde	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de enfermeiras da ESF	Equipes de PACS em unidade de saúde que possuem equipes de saúde da família
UBS Jardim Zara	03	03	0
UBS Vila Recreio	03	03	01
BAC Heitor Rigon	02	02	0
UBS Marincek	01	01	01
UBS Presidente Dutra	03	03	0
USF Maria Casagrande Lopes	02	02	01
USF Ribeirão Verde	04	04	0
NSF I	01	01	0
NSF II	01	01	0
NSF III	01	01	0
NSF IV	01	01	0
NSF V	01	01	0
TOTAL	23	23	03

Quadro 1 – Nome das Unidades de Saúde, equipes de saúde da família e PACS e enfermeiras na ESF, Ribeirão Preto, 2006.

Fonte: SIAB, relação de códigos dos intrutores do município, 05 jun. 2006.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo foram 10 enfermeiros que integram equipes de saúde da família no município de Ribeirão Preto e que atenderam aos critérios de elegibilidade.

Critérios de Elegibilidade

Para a seleção dos sujeitos do estudo adotamos os seguintes critérios:

- Enfermeiras que trabalham em equipes que foram implantadas há mais de um ano no momento da coleta de dados, pois subentende-se que a equipe iniciou suas atividades com os recursos básicos necessários, inclusive o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas de informações implantados e com a equipe treinada.
- Enfermeiras que concordassem em participar da entrevista.

3.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

A ética é um ramo da filosofia que estuda a natureza do que é considerado adequado e moralmente correto. Assim, podemos afirmar que a ética é uma Doutrina Filosófica que tem por objeto a moral no tempo e espaço, sendo o estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana.⁵

No desenvolvimento deste estudo foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, advindas da resolução de número 196, do Conselho Nacional de Saúde.

Solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa (APÊNDICE A) e, simultaneamente, encaminhamos ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem o pedido de aprovação para a pesquisa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 83ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de fevereiro de 2006, atendendo a determinação da resolução 196/96, sob protocolo nº 0635/2005 (ANEXO A). Para que a pesquisa fosse realizada nos Núcleos de Saúde da Família (NSF), foi necessário solicitar autorização e encaminhar o projeto de pesquisa, juntamente com a carta de autorização e aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ao Diretor do CSE-FMRP-USP e dos NSF. A Carta de Liberação de Pesquisa foi expedida pela Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do CSE-FMRP-USP no dia 26 de setembro de 2006 sob número 028/2006, autorizando o início da coleta de dados (ANEXO B).

Durante o estudo, as pessoas foram informadas, os objetivos foram esclarecidos e foi solicitada a autorização para cada uma delas. Antes da realização da entrevista esclarecemos

---

⁵Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica>> - Acesso em: 15 maio 2007.

sobre o Termo de Consentimento que foi lido, explicado e posteriormente solicitado a assinatura dos mesmos (APÊNDICE II).

Considerando os princípios éticos necessários para a pesquisa envolvendo seres humanos, foi garantido e informado aos sujeitos do estudo:

- A livre expressão de consentimento através do Consentimento Livre e Esclarecido do Participante;
- Sigilo e anonimato, identificando-as (enfermeiras) por números e seus locais de trabalho por cores;
- Respeito ao pudor e à privacidade;
- Dos objetivos do trabalho;
- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho;
- Que a entrevista seria gravada;
- Direito de desistirem do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa;
- Direito de acesso aos dados coletados, bem como aos esclarecimentos necessários;
- Sobre a divulgação dos resultados.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados optamos por utilizar as seguintes técnicas de pesquisa:

a) Levantamento documental: com a finalidade de obter subsídios para uma melhor compreensão de como se dá a utilização dos SIS pelas enfermeiras das equipes de saúde da família do município de Ribeirão Preto, durante esta fase do trabalho, buscamos delimitar os

sistemas de informações disponíveis para a APS durante os últimos 05 anos no município. Para que pudéssemos caracterizar estes SIS em relação ao seu tempo de funcionamento, finalidade, tipo de dados produzidos, fluxos e recursos materiais utilizados, nesta fase realizei um levantamento de documentos oficiais (municipal, estadual e federal), utilizando como fonte de dados e informações documentos do município, manuais e Internet (APÊNDICE C). Utilizamos esta técnica, no sentido de

(...) caracterizar os sistemas de informações em saúde, identificar, no movimento de organização dos sistemas, as pessoas chaves que participam da implantação e implementação dos mesmos, para as entrevistas, e relacionar os sistemas de informações com os serviços, projetos, programas, nos quais estão localizados, para a tomada de decisão (PINTO, 2000, p91).

b) Entrevista semi-estruturada: foi a técnica utilizada para a coleta de dados. A partir de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, a entrevista semi-estruturada oferece um amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebe-se as respostas do(s) informante(s). Desta forma, então, o informante participa da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Minayo (1998) refere que a entrevista não estruturada ou semi-estruturada persegue vários objetivos: a descrição do caso individual, a compreensão das especificidades culturais mais profundas do grupo e a comparabilidade de diversos casos.

Essa autora ressalta ainda que a entrevista tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. A entrevista é uma fonte de informações de duas naturezas de dados: “objetivos”, que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censo, registros civis, atestados de óbitos, etc; e dados subjetivos, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. Para a entrevista utilizamos algumas questões norteadoras (APÊNDICE D). Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo material fornecido

pelo informante. Desta maneira, todas as entrevistas foram gravadas, e, posteriormente, transcritas de forma literal, garantindo a fidedignidade das informações.

3.5 Estudo piloto

Realizamos entrevista piloto com uma enfermeira que integra uma equipe de saúde da família no município de São Paulo. Esta entrevista foi útil para ajustar as questões norteadoras do roteiro de entrevista, de acordo com os objetivos do estudo.

3.6 Aproximação com o campo e com as enfermeiras

➤ Foi realizado contato telefônico com todas as Enfermeiras que integram equipes de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, com a finalidade de agendar um encontro para dar esclarecimentos sobre o trabalho e solicitar sua participação no trabalho;

➤ Durante esta fase do trabalho algumas enfermeiras referiram que não participariam do estudo, justificando falta de tempo, falta de vontade por já terem participado de inúmeras pesquisas ou referindo que precisariam analisar se realmente teriam interesse em participar do estudo e que posteriormente entrariam em contato para dar-nos uma resposta. Como este contato não foi feito durante os meses de coleta de dados consideramos que estas enfermeiras não concordaram com a pesquisa;

➤ Nos NSF (I, III, IV e V) foi também realizado contato telefônico com as enfermeiras, porém nestas unidades foi necessário marcar reunião com a equipe de cada um dos NSF para a apresentação de uma síntese do projeto, esclarecendo os objetivos da pesquisa e respondendo aos possíveis questionamentos. As reuniões foram realizadas nos quatro NSF com dia e

horário estabelecido pelas equipes de saúde da família. O tempo de duração de cada reunião foi de aproximadamente 30 minutos. No NSF II, a pesquisa não foi realizada, por ser campo de trabalho da pesquisadora.

➤ Após a participação nessas reuniões dos NSF, e contatos telefônicos com as outras enfermeiras as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade das mesmas;

➤ Do total de enfermeiros que trabalham na ESF no município de Ribeirão Preto, 10 enfermeiras participaram do estudo. Das 13 enfermeiras não participantes do estudo, 07 trabalhavam em equipes implantadas há menos de um ano, 05 não aceitaram participar da pesquisa e 01 enfermeira, conforme mencionamos anteriormente, era a própria pesquisadora;

Todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho das enfermeiras e em seus respectivos locais de trabalho. O tempo de duração de cada entrevista, assim como horário de início e término, está descrito no quadro abaixo. Como explicitado anteriormente, para manter o anonimato das entrevistadas, as mesmas foram identificadas por números escolhidos aleatoriamente e as unidades de saúde que trabalham foram identificadas aleatoriamente por cores, conforme descrito abaixo.

Nome	Local de Trabalho	Dia	Início e término	Duração
Enfermeira 1	USF Rosa	11/07/2006	15h30 – 15h50	20 min e 5 seg
Enfermeira 2	USF Rosa	08/08/2006	11h00 – 11h31	31 min e 2 seg
Enfermeira 3	USF Rosa	16/08/2006	11h10 – 11h43	33 min e 29 seg
Enfermeira 4	USF Amarela	31/10/2006	11h15 – 11h51	36 min e 30 seg
Enfermeira 5	USF Laranja	08/11/2006	16h35 – 17h06	31 min e 42 seg
Enfermeira 6	USF Verde	08/09/2006	15h45 – 16h11	26 min e 15 seg
Enfermeira 7	USF Azul	31/10/2006	15h15 – 15h45	30 min e 5 seg
Enfermeira 8	USF Branca	21/09/2006	15h50 – 16h16	26 min e 31 seg
Enfermeira 9	USF Vermelha	22/09/2006	13h45 – 14h25	40 min e 44 seg
Enfermeira 10	USF Vermelha	03/10/2006	14h00 – 14h16	16 min e 55 seg

Quadro 2 – Registro das entrevistas segundo nome, local de trabalho, dia e duração, 2006.

IV-ANÁLISE DOS DADOS

IV – ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) foi a técnica utilizada para a análise dos dados coletados, pois este tipo de análise tem um significado mais amplo do que um procedimento técnico, ou seja, ela é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Delimitamos para a análise deste estudo a análise temática a fim de alcançar os objetivos desta investigação. Segundo Bardin (1977) a “análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discurso direto e simples”.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2000).

Para que todo o material coletado fosse analisado, as entrevistas e depoimentos gravados foram transcritos, e, posteriormente, realizamos uma pré análise dos dados, orientada pelos pressupostos e objetivos do estudo, com leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, no sentido de nos impregnar do conteúdo e dialogar com os dados. Ainda nesta etapa, trabalhamos com as entrevistas buscando uma forma de proceder aos recortes, à categorização e à codificação, à medida da recorrência dos dados. A organização deste material seguiu certas regras de validade como:

(...) exaustividade (contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de tema, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho) (MINAYO, 1994, p.29).

Na segunda etapa, o material foi explorado no sentido de proceder à operação de codificação, isto é, a partir das falas, recortamos as Unidades de Registro significativas por temáticas, buscando desprender o núcleo de compreensão das mesmas.

Sendo assim, as informações foram categorizadas em sete temas:

Tema 1: A informação e o sistema de informação como instrumento na organização das ações de enfermagem na Estratégia Saúde da Família;

Tema 2: Fontes de informações: a busca dos enfermeiros;

Tema 3: Registro de dados oficiais e alimentação dos SIS: o enfermeiro nesta empreitada;

Tema 4: O livro em branco da informação escrito pela equipe de saúde da família: o enfermeiro colaborando com a obra;

Tema 5: As debilidades dos Sistemas de Informações na Atenção Primária em Saúde na ótica dos enfermeiros;

Tema 6: A potência dos Sistemas de Informações na Atenção Primária em Saúde na ótica dos enfermeiros;

Tema 7: As sugestões dos enfermeiros para potencializar as informações em saúde.

Neste momento, de acordo com Minayo (2000), para que se interprete uma pesquisa de caráter qualitativo é necessário que, após a ordenação dos dados e classificação dos mesmos, se proceda à análise final, através de interpretações teóricas e pessoais sobre os mesmos.

4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Neste momento faz-se necessário a caracterização dos sujeitos do estudo. Para que as características das 10 enfermeiras entrevistadas sejam claramente visualizadas, optamos por organizar estas informações no quadro abaixo:

Nome	Sexo	Tempo de trabalho na ESF	USF	Modelo assistencial
Enfermeira 01	Feminino	03 anos	USF Rosa	ESF
Enfermeira 02	Feminino	03 anos	USF Rosa	ESF
Enfermeira 03	Feminino	03 anos	USF Rosa	ESF
Enfermeira 04	Feminino	08 anos	USF Amarela	ESF
Enfermeira 05	Feminino	05 anos	USF Laranja	ESF
Enfermeira 06	Feminino	06 anos	USF Verde	ESF
Enfermeira 07	Feminino	05 anos	USF Azul	ESF
Enfermeira 08	Feminino	06 anos	USF Branca	Mista (ESF + UBS)
Enfermeira 09	Feminino	03 anos	USF Vermelha	Mista (ESF + UBS)
Enfermeira 10	Feminino	02 anos	USF Vermelha	Mista (ESF + UBS)

Quadro 3 – Distribuição de participantes segundo o nome, sexo, tempo de trabalho na ESF, USF e modelo assistencial. Ribeirão Preto, 2006.

O quadro apresenta as 10 enfermeiras que aceitaram participar da entrevista e que apresentaram as características necessárias para a inclusão na pesquisa. Como podemos observar, todas as enfermeiras são do sexo feminino. Diante disso durante o trabalho, quando nos referirmos ao profissional enfermeiro utilizaremos a terminologia no gênero masculino, enquanto que, quando nos referirmos aos sujeitos do estudo, utilizaremos a terminologia no gênero feminino. A média de tempo de trabalho das enfermeiras na ESF é de 4,4 anos, variando de 02 à 06 anos.

Vale ressaltar que durante a coleta de dados e análise identificamos que o trabalho em saúde da família está profundamente ligado à equipe, e que embora nos propomos estudar o profissional enfermeiro, muitas vezes encontramos dificuldades em dissociar este profissional e o trabalho desenvolvido na ESF da equipe de saúde da família.

***V-APRESENTAÇÃO E
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***

V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES PÚBLICOS DE BASE NACIONAL UTILIZADOS PELA APS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

A análise documental foi realizada para cada sistema e explorou o conteúdo dos documentos. Cabe salientar que esta parte foi a primeira a ser desenvolvida e nos ajudou a nos aproximar dos sistemas públicos de informação em saúde disponíveis na APS e utilizados na ESF.

Após levantamento documental, identificamos que os SIS públicos de Base Nacional utilizados pela APS no município de Ribeirão Preto são: Sistemas de informações sobre nascidos vivos (SINASC), Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN), HIPERDIA, SISPRENATAL, Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), Sistemas de Informações sobre Serviços e Atendimentos Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA SUS) e HYGIA. Descreveremos abaixo os SIS citados acima.

5.1.1 Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC foi implantado pelo MS em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados no país. Sua implantação ocorreu de forma gradual em todos os estados do país, porém, por intermédio dos registros realizados nos municípios, é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança em todos os níveis de atenção no SUS, sendo um importante instrumento de informações para a definição de políticas de saúde para este grupo populacional. Ao contrário do SIM, que teve

grande parte de seu desenvolvimento feita de forma não informatizada, o SINASC foi informatizado desde o seu início, sendo o primeiro Sistema de Informações de Estatísticas Vitais desenvolvido para microcomputadores (BRASIL, 2001b).

O gestor do SINASC, em instância nacional, é o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Suas atribuições são cumpridas pela Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde (CGAIS). O SINASC foi oficializado através das seguintes leis, decretos e portarias: Lei nº 6015 de 31 de dezembro de 1973, que define as normas e providências para registro dos nascimentos no Brasil; Decreto nº 4726 de 09 de junho de 2003, que aprova a estrutura regimental do MS e cria a secretaria de vigilância em saúde; Portaria nº 20 de 03 de outubro de 2003, que regulamenta as rotinas de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos; Portaria nº 1929 de 09 de outubro de 2003, que define as atribuições da secretaria de vigilância em saúde e do Departamento de informática do SUS no que se refere aos sistemas de informações; Portaria nº 16 de 23 de abril de 2004, que constitui o Comitê Técnico Assessor do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (CTA – SINASC).⁶

O instrumento básico de coleta de dados do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que é padronizada em todo o país (ANEXO C). A versão atualmente utilizada no território nacional do sistema e da Declaração de nascido vivo foi implantada em 1999. A Declaração de Nascido Vivo é um documento padronizado pelo Ministério da Saúde, previamente numerado, contendo três vias de distintas cores: branca, amarela e rosa. É distribuída gratuitamente às secretarias estaduais de saúde que as repassam às secretarias municipais de saúde, que por sua vez as fornecem aos estabelecimentos de saúde e cartórios (BRASIL, 2001b).

---

⁶ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379> . Acesso em: 10 maio 2007.

Segundo Brasil (2001b), o fluxo dos documentos e informações dependerá do local do parto (hospitalar ou domiciliar) de acordo com a Portaria nº 20 de 03 de outubro de 2003:

➤ Partos hospitalares: A 1ª Via permanece no estabelecimento de saúde até ser coletada pelos órgãos estaduais ou municipais; a 2ª Via deverá ser utilizada para o registro do nascimento, ficando retida no cartório para procedimentos legais; A 3ª Via será arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto.

➤ Partos domiciliares com assistência médica ou de outro profissional de saúde que deverá preencher a DNV: a 1ª Via deverá ser encaminhada para a SMS pelo profissional que a preencheu; a 2ª Via deverá ficar com pai ou responsável legal para ser utilizada no registro do nascimento, ficando retida no cartório para procedimentos legais; A 3ª Via deverá ficar com o pai ou responsável legal para apresentá-la na primeira consulta em unidade de saúde.

➤ Partos domiciliares sem assistência médica, a DNV será preenchida pelo cartório de registro civil e terá a seguinte destinação: a 1ª Via deverá permanecer no cartório de registro civil até ser recolhida pela SMS; a 2ª Via deverá ficar com o pai ou responsável legal para ser utilizada no registro do nascimento e obtenção de Certidão de Nascimento, ficando retida no cartório para procedimentos legais; A 3ª Via deverá ficar com o pai ou responsável legal para apresentá-la na primeira consulta em unidade de saúde.

No município de Ribeirão Preto, quando o parto é realizado no hospital, o mesmo encaminha 02 vias da DNV para a Divisão de Informática e Estatística Vital da SMS. A 1ª via (branca) é processada pela SMS (Divisão de Informática e Estatística Vital) e a 3ª via (rosa) é

encaminhada pela SMS (Divisão de Informática e Estatística Vital) ao Projeto Floresce uma Vida, o qual a encaminha à UBS. Desta forma, as Unidades de Saúde recebem as DNVs de todos os recém-nascidos de sua área de abrangência, inclusive os nascidos em maternidades privadas. O projeto Floresce uma Vida, foi criado em 1995 como resultado do esforço de diferentes grupos de trabalho dentro da secretaria municipal de saúde (Programa de Saúde da Criança, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Aleitamento Materno, Serviço de Assistência Domiciliar, Divisão de Enfermagem e Divisão de Informática) em parceria com outras entidades (USP e hospitais) com a finalidade de ofertar atenção especial à saúde do recém nascido, devido a grande vulnerabilidade nesta faixa etária. O projeto Floresce uma Vida faz parte do programa de Atenção integral à Saúde da Criança e do Adolescente e trabalha de forma articulada com outros programas, Instituições e Unidades de Saúde.⁷

5.1.2 SIM (Sistema de Informação de Mortalidade)

Segundo Brasil (2001c), o SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, criado pelo Ministério da Saúde e implantado no Brasil em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país e assim fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. A partir da criação do SIM foi possível captar dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão do sistema e possibilitar a análise dos seus dados, planejamento e avaliação das ações e programas da saúde. O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores do país. A análise dessas informações permite a realização de estudos estatísticos, epidemiológicos e sócio-demográficos.

---

⁷ Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/programas/floresce/i16indice.htm>> Acesso em 10/05/2007.

Segundo Brasil (2001c), o gestor do SIM, em instância federal, de acordo com o inciso IV do art 1º da Portaria nº 130/GM de 12 de fevereiro de 1999, é o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Suas atribuições são cumpridas pela coordenação geral de Análise de informações em saúde (CGAIS).

O instrumento básico de coleta de dados é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional e utilizada pelos Cartórios para emissão da Certidão de Óbito (ANEXO D). O preenchimento da DO é de responsabilidade médica conforme pareceres dos Conselhos Federal e Regional de Medicina e nenhum sepultamento pode ocorrer sem a certidão. A declaração de óbito atualmente utilizada, assim como a nova versão do SIM foi criada em 1999. A elaboração da Declaração de Óbito é de competência do MS e impressa em três vias pré-numeradas sequencialmente e distribuídas às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento as secretarias municipais de saúde. As SMS repassam as DO aos estabelecimentos de saúde, institutos médicos legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios de registro civil, denominados Unidades Notificadoras. Os dados coletados pelas Unidades Notificadoras são repassados para as secretarias municipais de saúde onde são processados, revistos e corrigidos. Posteriormente, estes dados são consolidados em base de dados estaduais pelas secretarias estaduais, e então essas bases são remetidas à CGAIS, que as consolida, tornando-se uma base de dados de abrangência nacional. O destino de cada uma das três vias da DO é:

- 1ª Via: recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados na instância municipal ou estadual;
- 2ª Via: entregue pela família ao cartório do registro civil, onde ficará retida para os procedimentos legais;

➤ 3ª Via: permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de verificação de Óbito (SVO), para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido (BRASIL, 2001c).

No entanto, dependendo do local onde ocorreu o óbito e o tipo de óbito, o fluxo será diferente conforme detalhamos a seguir:

➤ Óbitos naturais/ estabelecimentos de saúde: a 1ª Via fica retida no estabelecimento de saúde e deve ser encaminhada para a SMS; a 2ª Via deverá ser entregue aos familiares, que a levará ao cartório para emissão da Certidão de Óbito; a 3ª Via deve permanecer na Unidade notificadora junto aos registros médicos do falecido.

➤ Óbitos naturais/ não ocorridos nos estabelecimentos de saúde com assistência médica: a 1ª Via o médico atestante deve encaminhar para a SMS; a 2ª Via deve ser entregue aos familiares, que a levará ao cartório para emissão da Certidão de Óbito; a 3ª Via o médico atestante deverá encaminhar para a SMS.

➤ Óbitos naturais/ sem assistência médica, em local com médico: ocorrem geralmente em domicílios e deverão ficar sob responsabilidade do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). O médico do SVO preenche a DO, que posteriormente será recolhida pelo órgão responsável. Caso não exista a SVO, o médico deverá preencher o documento conforme descrito no item anterior.

➤ Óbitos naturais em locais onde não haja médico: o responsável pelo falecido, acompanhado de 02 testemunhas, comparece ao cartório do registro civil, que preenche as 03 vias da DO. Neste caso,

o cartório retém a 2ª Via para os procedimentos legais, e entrega a primeira e a terceira vias ao órgão de processamento da SMS.

➤ Óbitos por causas acidentais ou violentas: o legista do Instituto Médico Legal (IML) preenche a DO, seguindo o seguinte fluxo: a 1ª Via é retida e encaminhada posteriormente para a SMS; a 2ª Via é entregue aos familiares que a levará ao cartório para emissão da Certidão de Óbito, ficando a mesma retida no cartório; a 3ª Via fica retida no IML (BRASIL, 2001c).

5.1.3 Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido entre 1990 e 1993. O SINAN, base para o funcionamento da vigilância epidemiológica, tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação no país, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e, desta forma, contribuindo para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Sua alimentação se dá, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (portaria GM/MS nº 05 de 21 de fevereiro de 2006). Sua utilização permite a realização de diagnóstico rápido da ocorrência de um evento na população, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Além disso, o seu uso sistemático e de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação e permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. Com a proposta de descentralização do SUS, o SINAN pode ser operacionalizado no nível local, ou seja, nas unidades de saúde e caso o município não

disponha de computadores em suas unidades de saúde, o SINAN pode ser acessado nas Secretarias Municipais, regionais de saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde (SES). Quando a unidade de saúde suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal, é necessário o preenchimento da Ficha Individual de Notificação (ANEXO E). Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos para as SES. Além desta ficha, o sistema disponibiliza a Ficha de Investigação Epidemiológica, que é um roteiro de investigação, que possibilita a identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença.⁸

5.1.4 HIPERDIA

O sistema HIPERDIA é um sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde e oficializado através da portaria conjunta nº 02 de 05 de março de 2002 que expunha a necessidade de uma ferramenta que possibilitasse o cadastro e acompanhamento dos casos de HA e DM, além de disponibilizar este instrumento para utilização pelos municípios (BRASIL, 2002a). Além desta portaria, também foi publicada em 19 de junho de 2002, a portaria conjunta nº 112, a qual formalizava a aprovação do fluxo de alimentação da base nacional de dados do HIPERDIA, tornando público que as informações coletadas pelo sistema estariam disponíveis a todos os gestores do SUS, definindo os meios de comunicação entre municípios e administrador federal e estabelecendo que o não cumprimento dos fluxos estabelecidos por esta portaria para envio de arquivos implicaria no não recebimento dos medicamentos pelo município no mês posterior à data fixada para o envio dos arquivos (BRASIL, 2002a).

---

⁸ http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383 – Acesso em 20/07/2006.

O Sistema HIPERDIA tem a finalidade de permitir o cadastramento e monitoramento dos pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em todas as unidades ambulatoriais do SUS e gerar informações aos gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da saúde, para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistematizada a todos os pacientes cadastrados. Este cadastro é feito inicialmente através do preenchimento de impressos de cadastro na unidade de saúde (ANEXO F). O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADAM) foi oficializado pela portaria nº 371/GM em 04 de março de 2002, e resultou de uma parceria entre Ministério da Saúde, estados, municípios, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de HA e DM, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para apoiar a reorganização da rede de atenção à saúde e com isso melhorar a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, objetivando reduzir a morbimortalidade associada a estas patologias (BRASIL, 2002a).

Este sistema informatizado foi disponibilizado no país para cadastramento e acompanhamento de portadores dessas morbidades, e a médio prazo definir o perfil epidemiológico da população e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social. Existem diferentes configurações para o HIPERDIA, a depender do local de instalação, das características de organização do ambiente saúde no município e dos recursos de informática disponíveis (microcomputador monousuário ou em rede local). As funções e a forma de execução das tarefas podem variar de acordo com a

configuração instalada na Unidade Básica de Saúde – UBS, no Distrito Sanitário - DS ou Secretaria Municipal de Saúde – SMS (BRASIL, 2002a).

O Sistema compõe-se de dois Subsistemas chamados Subsistema Municipal e Subsistema Federal. O Subsistema Municipal possui Módulos distintos, dependendo do local de sua instalação: Módulo Unidade Básica, Módulo Distrito Sanitário e Módulo Centralizador Municipal (Secretaria Municipal de Saúde). Para Município que não possui microcomputador na Unidade Básica de Saúde, e possui micro no Distrito Sanitário, pode ser configurado o Módulo Distrito Sanitário da mesma forma apresentada para a UBS, e neste Módulo são digitados os dados de cada Unidade Básica de Saúde. Neste caso cabe às Unidades Básicas de Saúde ou USF o envio das fichas de cadastro do Hiperdia preenchidas manualmente com os dados dos usuários. Deve existir no município a instalação e configuração de um microcomputador chamado centralizador municipal, onde são centralizados os dados digitados nas UBS, integrando os cadastros e atendimentos dos usuários do município. Posteriormente, os dados de cadastros e atendimentos são transferidos do centralizador municipal para o Subsistema Federal do HIPERDIA, integrando os dados a nível nacional (BRASIL, 2002a). Diante do exposto acima, o sistema HIPERDIA é considerado uma ferramenta útil para profissionais da APS e para gestores do SUS no enfrentamento dessas doenças.

5.1.5 SISPRENATAL

O SISPRENATAL é o sistema desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Neste sistema define-se o elenco mínimo de

procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes desde o início da gestação até o puerpério.

O SISPRENATAL tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do PHPN.⁹

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, baseado nas análises das necessidades de assistência à gestante, ao recém nascido e a mulher no período pós parto. Os princípios básicos deste programa são:

- Toda gestante tem direito ao acesso, ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito de conhecer com antecedência a maternidade que irá lhe atender no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura;
- Todo recém nascido tem direito à assistência neonatal humanizada e segura.¹⁰

O cadastro das gestantes no SISPRENATAL se dá através do preenchimento das fichas de cadastro de gestante (ANEXO G) e o acompanhamento das mesmas se dá através do preenchimento das fichas de acompanhamento (ANEXO H).

---

⁹ Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PHPN.php> - Acesso em: 10 maio 2007.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>> - Acesso em: 10 maio 2007.

Para que os objetivos do sistema sejam alcançados, os dados devem seguir o seguinte fluxo.¹¹

Desta forma, o SISPRENATAL é um instrumento importante para o monitoramento e avaliação do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, do início da gestação até o puerpério.

5.1.6 Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB)

O SIAB é um sistema de informação territorializado e foi implantado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pela então coordenação de Saúde da Comunidade/ Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/DATASUS/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF. Seus dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de saúde da família, coletados em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela ESF. Permite o registro de diversas informações relativas às condições sócio -

¹¹Disponível em:

<<http://w3.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.php?area=2546A5B2547C1D0E0F2546G1299HIJd1L61M0N&VInclude=../site/ItSub.php>> - Acesso em: 10 maio 2007.

sanitárias, do perfil epidemiológico e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas equipes. O fato da coleta de dados se referir à populações bem delimitadas tem possibilitado a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência do programa, que podem ser agregados em diversos níveis.¹²

Os relatórios do SIAB permitem que equipes, gestores e população conheçam a realidade sócio sanitária da população acompanhada, avaliação da adequação dos serviços de saúde oferecidos e melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2003). A agregação dos dados confere grande agilidade ao sistema, gerando uma informação importante no processo de decisão em saúde, o que tem sido apontado como uma de suas vantagens. Aliada a esta característica, o seu grande nível de desagregação favorece sua utilização enquanto instrumento de planejamento e gestão local.

Permite ainda que sejam feitas avaliações do trabalho realizado e de seu impacto na organização do sistema e na saúde da população. É, portanto um sistema que sistematiza os dados coletados, possibilitando a sua informatização e gerando relatórios de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001a).

Pode ser utilizado por qualquer modelo de atenção à saúde presente no município: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Estratégia Saúde da Família (ESF) ou outro modelo de atenção básica.

Para que o município possa utilizar o SIAB, alguns requisitos são necessários:

- 1) Definir os seguimentos territoriais (rural ou urbano);
- 2) Definir áreas de abrangência das equipes;
- 3) Identificar o modelo de atenção existente (PACS, ESF ou outros);

---

¹²Disponível em:

<http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369C3D472E1F369G13HIJd3L1M0N&VInclu de=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=472> – Acesso em: 10 maio 2007.

- 4) Identificar a unidade de saúde vinculada à equipe – no caso do ESF é a própria equipe do programa;
- 5) Definir as microáreas – subdivisão da área de abrangência sob responsabilidades de uma equipe;
- 6) Cadastrar e acompanhar as famílias pertencentes à área de abrangência.

No caso dos municípios que não possuem o SIAB informatizado, a SMS deve consolidar os dados mensalmente, provenientes das equipes, nos relatórios SSA-4 e PMA-4 (são consolidados das várias equipes de um município), enviando-os às SES, onde passarão pelo processo de digitação.

Esse sistema é composto por um programa de computador (software) e por algumas fichas (A, B, C, D)¹³ e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4) – (ANEXOS I ao Z). O relatório SSA2 é utilizado para consolidar informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área, e seus dados são provenientes das fichas A, B, C e D. O relatório SSA4 é utilizado para consolidar os dados referentes as áreas de um mesmo município por modelo de atenção (PACS ou ESF) e de zona (urbana ou rural). O relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadores, por área. O relatório PMA4 destina-se à consolidação mensal dos dados dos Relatórios PMA2, apenas nos municípios onde o sistema não esteja informatizado. O relatório A1 tem por objetivo consolidar os dados coletados nas diversas fichas A de uma mesma microárea, ou seja, da área de atuação de um ACS. O relatório A2 tem a função de consolidar os dados dos relatórios A1 de uma mesma área/equipe. O relatório A3 serve para análises de agregados homogêneos, e consolida os dados das famílias acompanhadas pelas equipes de um mesmo segmento territorial. No relatório A4

---

¹³ Ficha A: ficha utilizada para o cadastramento das famílias; Ficha B: utilizada para acompanhamento de grupos de risco (gestantes, hipertensos, diabéticos e portadores de tuberculose e hanseníase); Ficha C: utilizada para acompanhamento de crianças menores de 05 anos de idade; Ficha D: ficha utilizada para registro diário de atividades, procedimentos e notificações.

são consolidados os dados das famílias cadastradas por todas as equipes do município. O software utiliza três formulários de entrada dos dados: um para o cadastramento familiar, um para as informações de saúde e outro para as informações de produção e marcadores para avaliação (BRASIL, 2003).

Segundo Brasil (2003), cabe a equipe do Programa Saúde da Família a alimentação do software diariamente com os dados das famílias cadastradas e o preenchimento dos relatórios. Sem o devido preenchimento das fichas e relatórios, além de prejudicar a avaliação de suas atividades, a equipe pode ser descredenciada junto ao Ministério da Saúde (portaria no. 1013/GM, 08 de set. de 2000). O acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes é feito por intermédio da análise de uma série de indicadores e marcadores fornecidos pelo programa. Estes indicadores e marcadores estão descritos abaixo:

1) Indicadores de cadastramento das Famílias

- Características das pessoas;
- Características dos domicílios;
- Condições de saneamento;
- Outras informações relevantes.

2) Indicadores de Acompanhamento de Grupos de Risco

- Crianças menores de 02 anos;
- Gestantes;
- Hipertensos;
- Diabéticos;
- Pessoas com tuberculose;
- Pessoas com hanseníase.

3) 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 que tem plano de saúde;
- Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre;
- Proporção de crianças de 0 a 11 meses com vacina em dia;
- Proporção de crianças menores de 02 anos que tiveram diarreia e usam

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 pessoas com tuberculose na população coberta;
- Proporção de pessoas com hanseníase na população coberta;
- Proporção de acidentes vasculares cerebrais na população coberta;
- Percentual de consultas médicas realizadas em residentes nas áreas de

abrangência do ESF;

- Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno

exclusivo.

4) 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;
- Hospitalizações em menores de 05 anos por pneumonia;
- Hospitalizações em menores de 05 anos por desidratação;
- Hanseníase com grau de incapacidade II e III;
- Valvulopatias reumáticas em pessoas de 05 a 14 anos de idade;
- Gravidez em menores de 20 anos;
- Fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos;
- Hospitalizações por abuso de álcool;
- Internações em hospital psiquiátrico;
- Hospitalizações por complicações do diabetes;
- Hospitalizações por todas as causas;
- Óbitos em menores de 01 ano por diarreia;
- Óbitos em menores de 01 ano por infecção respiratória aguda;
- Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos;
- Óbitos de adolescentes (10 a 19 anos) como consequência de violência.

A utilização das fichas e relatórios é feita de acordo com o modelo de atenção vigente. Quanto ao software SIAB, possui cinco opções de implantação, correspondentes aos níveis: nacional, estadual, regional, municipal e de unidade básica. É alimentado por dados oriundos de digitação ou por intermédio de disquetes. Uma vez digitados, os dados podem ser acessados por meio de consultas em tabelas, visualizadas diretamente do monitor do computador, ou por intermédio de relatórios de produção, de gerenciamento ou estatísticos. O

software também gera disquetes para o envio de dados aos diversos níveis: regional, estadual e federal (BRASIL, 2003).

Como podemos ver, o SIAB caracteriza-se por ser um sistema de saúde territorializado, fornecendo indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência. Desta forma, permite que se conheça as condições de saúde da população adscrita, assim como os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Representa, então, uma fonte de dados de grande valor para a realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, norteador o planejamento de ações em saúde pelos profissionais da equipe, em especial pelo enfermeiro.

5.1.7 SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde)

O SIA/SUS foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, servindo de instrumento de gerenciamento de atendimentos ambulatoriais, utilizadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, para realizar a captação, controle e pagamento do atendimento ambulatorial prestado ao cidadão pelas Unidades Ambulatoriais credenciadas (públicas e conveniadas). Neste sistema não é possível, a partir dos dados gerados, obter análises epidemiológicas ou análise do perfil de morbidade da população atendida.

Este sistema permite a construção de alguns indicadores, como o total de consultas médicas, exames solicitados e perfil da clientela atendida. As limitações deste sistema estão relacionadas à ausência de registros de procedimentos que extrapolem o teto financeiro, ausência de registro individual e abrangência restrita aos usuários do SUS.¹⁴

---

¹⁴Disponível em:

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B366C1D0E0F361G10H0I1Jd1L41M0N&VInclude=../site/din_sist.php> - Acesso em: 29 abr. 2007.

5.1.8 - Sistema HYGIA

O Sistema HYGIA é um sistema que tem como objetivo o gerenciamento das atividades de saúde. Foi criado em 1991, sendo utilizado em várias cidades brasileiras de médio e grande porte e é o único sistema a possuir desde esta data prontuários eletrônicos. Interliga as Unidades Básicas de Saúde, as unidades de Pronto Atendimento, Pronto-socorros, Hospitais, Farmácias, Laboratórios e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento. Essa integração garante à rede de saúde maior eficiência, facilitando o dia a dia dos trabalhadores da Saúde (TECHNE, 2007).

O HYGIA-RP processa as informações relativas ao atendimento ambulatorial, através de vários módulos, incluindo e produzindo os dados necessários ao SIA/SUS de nível nacional.¹⁵

Este sistema inclui *software* e *hardware* e tem a característica de ser um banco de dados único, com cadastro único de paciente, agendamento de consultas com hora marcada, informatização de laboratório, vacina, prontuário eletrônico, estatísticas e faturamento.

Com a implantação deste sistema deu-se início a reformulação do prontuário físico, no sentido de melhor adaptá-lo ao novo sistema, tendo em vista que o serviço não dispunha de amparo legal para substituí-lo pelo prontuário eletrônico. E ainda, nem todos os campos da Ficha de Atendimento HYGIA eram digitados, sendo necessário que seus conteúdos estivessem arquivados. O sistema de arquivo de prontuário atual é o do método dígito-terminal. Este método dígito-terminal permite eliminar as desvantagens do convencional, porém conserva as vantagens de arquivo numérico, à medida que utiliza a leitura da numeração da direita para a esquerda, em forma contrária à leitura convencional. Outra

---

¹⁵Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html> - Acesso em: 27 abr. 2007.

característica é que cada unidade de milhar, dezena e unidade de 0 a 9 recebe uma determinada cor (0 – verde; 1 – azul; 2 – vermelho; 3 – laranja; 4 – rosa; 5 – cinza; 6 – amarelo; 7 – marrom; 8 – pink; 9 – preto) (MELLO, 1994).

As tarjas coloridas afixadas no prontuário facilitam a organização dos arquivos nas estantes, possibilitando sua localização pelas cores e ao mesmo tempo visualizar as pastas que estão fora de ordem.

O Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS da SMS-RP foi substituído pelo sistema HYGIA nas unidades de saúde, tendo em vista os objetivos ampliados do novo sistema, caracterizando um período de transição do sistema de registro da produção ambulatorial em específico para estatísticas e faturamento.

O SIA-SUS no nível nacional foi criado a partir da incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde, regulamentado pela Resolução nº 228 de agosto de 1990 (DOU 6/8/90 Seção I p.14881) (BRASIL, 1990c). Tinha como objetivo: acompanhamento dos programas físicos e orçamentários, acompanhamento das ações de saúde produzidas, gerando instrumentos analíticos de controle e avaliação, agilização dos procedimentos de pagamentos e contribuição na formação do banco de dados do SUS.

No município de Ribeirão Preto o sistema HYGIA vem sendo utilizado para os registros de produção estatística por procedimentos, para fins de faturamento. Atualmente, este sistema caminha concomitantemente com o módulo de estatística do sistema HYGIA, o qual também fornece os dados relativos aos procedimentos realizados pelos profissionais das unidades de saúde. A Divisão de Informática e Estatística Vital coordena e controla o HYGIA e realiza a estatística por produção de todas as unidades. Este sistema de informação do atendimento ambulatorial informatizado tem como objetivo básico servir de instrumento para a melhoria da qualidade assistencial da rede de saúde, para a racionalização de recursos e a disponibilização de dados a fim de melhorar a avaliação e o

planejamento de saúde. E ainda, permitir o lançamento de dados de forma *on line* diretamente das unidades de saúde (PINTO, 2000).

O programa do sistema HYGIA é processado em um computador central, instalado na CODERP. Atualmente, funciona interligando às unidades de saúde, laboratórios e nível central, propiciando segurança de acesso, sendo que a digitação e produção de relatórios estatísticos ficam no próprio nível local, tornando-se um instrumento que pode colaborar na tomada de decisões para reorganização dos serviços.

Segundo Pinto (2000), o HYGIA é constituído por 10 módulos, os quais descrevemos a seguir.

Módulo de Cadastramento de Paciente - realizado por três transações básicas: PACIENTE, AGENDA e RECEPÇÃO. Fazem parte do cadastramento dos pacientes: nome; tipo e número do documento (certidão de nascimento, carteira de trabalho, certidão de casamento e outros); data do nascimento; sexo; raça; profissão; se está ou não trabalhando; nome da mãe; nome do pai; endereço (rua, cidade e bairro, CEP, fone, complemento de endereço e ponto de referência); programas em que está inscrito nas unidades de saúde e o número do prontuário físico antigo. Após este procedimento o paciente recebe um número do cadastro HYGIA fornecido pelo sistema que será a nova numeração para este paciente. Este número constará em toda sua documentação dentro dos serviços da rede básica de saúde, incluindo o prontuário físico.

Módulo de Agendamento de Paciente - Com este módulo, a agenda física (livros de agendamento) foi substituída pela agenda informatizada do sistema HYGIA. Esta transação permite abrir agenda para os profissionais quanto aos dias da semana e horários, bem como agendar os pacientes dentro das opções criadas e é, mensalmente, elaborada e/ou alterada pelo gerente das unidades de saúde. Nesta transação existe a

possibilidade de informar se o agendamento é caso novo, retorno, atendimento domiciliar ou atendimento coletivo.

Módulo de Recepção de Paciente - é utilizado quando o paciente chega na unidade. Após o preenchimento das informações referentes ao número do cadastro, é liberada a Ficha de Atendimento que será fornecida para o profissional que realizará o atendimento na unidade. Com esta transação é também possível pedir o prontuário ou o resumo deste, mas este procedimento não tem sido solicitado rotineiramente, visto que toda documentação fica disponível no prontuário físico. Quando o paciente já recebeu atendimento em outra unidade da rede básica de saúde, é possível conhecer pelo prontuário eletrônico ou pelo seu resumo quais são os seus problemas.

Módulo de Atendimento de Paciente - neste módulo o profissional médico realiza o atendimento ao paciente, preenchendo os campos da ficha de atendimento HYGIA com nº do procedimento executado, principais dados, diagnóstico, terapêutica, exames laboratoriais, encaminhamentos a outros serviços e inclusão em programas de saúde, visto que os campos relativos a identificação do paciente já vêm preenchidos pelo próprio sistema. Atualmente, os campos digitados no terminal de computador do programa HYGIA correspondem ao diagnóstico, encaminhamentos e ao número do procedimento (utilizado para fins estatísticos e faturamento), disponibilizando estas informações no prontuário eletrônico do paciente.

Módulo de Vacinação - este módulo permite substituir as fichas de vacina da sala de vacinação à medida que se faz a programação das doses de vacina a serem aplicadas, o controle dos faltosos e o levantamento estatístico, disponibilizando a informação no prontuário.

Módulo de Exames - tem a função de requisitar os exames do paciente, registrar e entregar o resultado dos exames realizados.

Módulo Acesso - permite ao usuário entrar nas transações que compõem o sistema HYGIA.

Módulo de Auditoria - tem a função de fazer a auditoria do sistema, informando as transações utilizadas pelos usuários do sistema, bem como a data, horário e o nome do referido usuário.

Módulo de Faturamento - possibilita o faturamento automático do que foi produzido na rede básica de saúde.

Mapa Diário - planilha de produção de especialidades para registro de procedimentos do nível médio e nível superior.

5.2 ENTREVISTAS

Na análise das entrevistas realizadas com as enfermeiras apresentamos sete temas. Assim, passamos para a análise e discussão destes dados, apresentando o Tema 1.

5.2.1 A INFORMAÇÃO E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO COMO INSTRUMENTO NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Entendemos que uma das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família diz respeito às atividades administrativas, dentre elas o gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, coordenação, planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e equipe de enfermagem. Buscamos compreender neste aspecto de análise como as informações e os sistemas de informações disponíveis na atenção primária são utilizados pelo enfermeiro para a organização do serviço de saúde, seja para a supervisão do trabalho, seja para o diagnóstico de saúde local e tomada de decisão ou avaliação do serviço.

Segundo Silva (1997), a supervisão comumente é entendida como rotineira e planejada, e que na prática, percebe-se que ela se dá de modo imprevisto e dinâmico, predominantemente voltada para o controle da realização de tarefas e resolução de problemas já ocorridos. Sem desconsiderar esses espaços de supervisão já consolidados, faz-se necessário ampliá-los, fortalecendo a atividade com o planejamento, com a definição mais clara do modelo assistencial, com a explicitação de metas e resultados a serem alcançados. Assim, a supervisão vai assumindo sua importância nas transformações do trabalho, indo além dos controles e do coloquial apagamento de incêndios.

Neste sentido, as informações em saúde e os sistemas de informações apresentam-se como potente ferramenta para a supervisão do enfermeiro na APS.

Assim sendo, contemplamos o que as enfermeiras trouxeram sobre as atividades desenvolvidas no dia a dia do trabalho (cotidiano) no qual os sistemas de informações em atenção primária instrumentalizam a organização do serviço, dentre elas a supervisão e coordenação do trabalho.

...o meu trabalho como enfermeira... de saúde da família ... ele abrange os pólos da assistência, organização do serviço, e aqui tem um diferencial, do ensino e da pesquisa. ... mas o enfermeiro tem uma dedicação grande para a organização do serviço, para orientação de funcionário, para o cumprimento de relatórios...alguns períodos eu deixo pra reuniões, orientações, discussões, alguma coisa mais coletiva... (Enfermeira 6- USF Verde).

... O objetivo acho que é sempre esse né? Sempre melhorar a assistência que a gente tá dando. Então se, o que eu to te falando, se a gente vê que tem trezentos hipertensos e dez consultas, alguma coisa tá errada. Ou você não tá cuidando direito dos seus hipertensos ou você não tá registrando o cuidado que você tá dando. Então, são coisas que a gente vai fazendo pra melhorar o serviço e melhorar a assistência que a gente tá aqui pra dar para os outros (Enfermeira 7- USF Azul).

As atividades relacionadas à previsão e provisão de materiais nos serviços de saúde, além do planejamento de número de consultas são feitas baseadas em dados coletados dos sistemas de informações disponíveis, principalmente o SIAB.

... até pra gente poder planejar tempo, planejar agenda, quantas consultas vão precisar ser feitas, até pra essas coisas a gente usa tudo informação daqui.(Enfermeira 7- USF Azul).

...agora a produção também é vista, por exemplo, eu preciso decidir a compra de material ginecológico, eu dou uma olhada na sequência histórica dos atendimentos, que a gente faz prevenção de câncer, número de citologias que foram colhidas. Então tem uma série aí até agosto, e aí como é que está indo, por mês eu to gastando quanto? Tem que comprar mais quanto? ...Olhar para o perfil das pessoas, produção da sua equipe, e falar o que eu vou programar para o próximo mês? ... Você não tem nada muito informatizado, mas você tem em mente alguma coisa pra fazer a previsão, né. Olha vai chegar mais gente, quantas pessoas, por quantos meses, por quanto tempo eu tenho que repetir este pedido a mais de copo, papel higiênico, papel toalha, é isso...Acho que a todo momento. Pra Planejar, prover, prever,... (Enfermeira 6- USF Verde).

Outro aspecto identificado durante este estudo é que muitas vezes a organização do serviço de saúde influencia positivamente na utilização adequada dos sistemas de informações e valorização deste como ferramenta necessária para diagnóstico, planejamento e tomada de decisão. Desta maneira algumas equipes se organizaram e estabeleceram horários fixos para a alimentação do sistema e registro de informações.

Uma das coisas que a gente discutiu muito aqui, não só eu com a enfermagem e os agentes como a médica com os residentes, o que você atender você tem que registrar na hora, porque senão você esquece e...visita, cadastro tem que ser alimentado no dia, tanto que hoje tem horário formal pra fazer relatório, porque no processo de trabalho do agente existia uma reclamação de que eles faziam visitas, faziam visitas e tinham pouco tempo para registro. Então foi tomado, você

tem duas horas pra fazer aquele registro do seu trabalho, então de oito horas de trabalho, duas horas você vai dedicar a parte de registro, alimentar SIAB, isso pode ser dividido em duas etapas de uma hora ou condensado, vai depender de como ele acha mais fácil entre eles, porque eles vão se organizar pra que todos não vão querer fazer, alimentar no mesmo horário, aí também você estimula uma certa organização do próprio grupo. (Enfermeira 4- USF Amarela).

Por outro lado, outras enfermeiras referiram sobre as debilidades na organização do serviço de saúde e do próprio trabalho dos profissionais influenciando na utilização adequada dos sistemas de informações.

Eu acho incoerente eu falar que quero sugerir alguma coisa sendo que eu não tenho uma imagem muito consistente, mas na verdade eu precisaria estar muito mais a par do que seria necessário para melhorar, para eu poder falar alguma coisa, fica até esquisito falar, mas no entanto eu acho que eu precisaria estar mais assim organizada, mesmo o serviço, até para a gente fazer um sistema de informação adequado. Enquanto o serviço está do jeito que está, né, assim fica difícil pra te falar agora, eu não consigo me organizar pra te falar o que precisa ser organizado. (Enfermeira 1).

Eu acho que a gente trabalha aqui, com algumas coisas mais produtivas do que as coisas que tem nos núcleos. Que é a questão assim de ter sala de vacinas, aqui eu colete pezinho, aqui eu faço teste de gravidez, eu faço a primeira consulta... Então a gente tem estrutura física aqui pra que isso aconteça, mas a gente também não consegue, porque a população eu acho que é muito grande, é, falta talvez essa questão organizacional, de assumir que aqui vai ter Saúde da família, e ter equipe mínima que tem um clínico e dois pediatras pra atender alguma demanda que diária não absorvida. (Enfermeira 3- USF Rosa).

Identificamos, que embora uma das unidades de saúde trabalhe oficialmente com a Estratégia Saúde da Família nas quatro equipes que ocupam a unidade, a estruturação e organização inicial da unidade nos moldes de UBS foi um fator determinante para delinear o trabalho a ser desenvolvido pelas equipes e conseqüentemente os SIS utilizados.

... Esta unidade ainda não vestiu a camisa do PSF...Ainda não está inserido a visita com o auxiliar de enfermagem. A unidade ainda não se estruturou para que uma equipe saia, a outra substitua, nas atividades da unidade. E a unidade ainda está muito centrada na atenção, é, procurou pra resolver o problema da consulta e não pra fazer a promoção da saúde e a prevenção da doença.... eu não uso o SIAB como um todo de Ribeirão Preto. Eu fico restrita a minha área né, e as micro áreas que eu avalio. Então quanto de hipertenso que eu tenho? Quanto de diabéticos que eu tenho? A soropositividade que eu tenho na minha área, alcoolistas, eu sei da minha área, eu não faço o comparativo. Mas eu busco a informação, eu faço questão de fechar o SIAB, pondo mesmo, avaliando como é que tá, se cresceu, quem mudou, onde tá esse que eu não conheço ainda. (Enfermeira 3- USF Rosa).

Olha o SIAB a gente mais alimenta do que usa informação dele. Poucas vezes a gente recorre a ele. O HYGIA a gente usa muito (Enfermeira 2 –USF Rosa).

Diante do exposto, a depender do modelo de atenção à saúde, as informações e os sistemas de informações em saúde não fazem sentido para as enfermeiras. Segundo Pinto (2000) “o tipo de modelo de atenção à saúde desenvolvido na rede básica de Ribeirão Preto, voltado para o modelo de assistência médica individual, onde o pronto atendimento é privilegiado, tem pouca necessidade de informações epidemiológicas para instrumentalizar as ações, pois fica desarticulado da situação de saúde da população de sua área de abrangência. Assim as informações utilizadas são registradas no prontuário individual do cliente, o qual contém dados sobre o seguimento, resultados de exames, sinais e sintomas que subsidiaram a conduta clínica”. Embora nestas unidades existam equipes de saúde da família, o confronto entre dois modelos assistenciais influencia diretamente na valorização e uso do SIAB ou do HYGIA. Acreditamos que o ideal para que as equipes trabalhem em busca da mudança efetiva de modelo assistencial e focando a integralidade da assistência, seria a integração dos sistemas de informações disponíveis para as equipes de saúde da família.

Embora os Sistemas de informações em saúde tenham como objetivo principal, na concepção do SUS, possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, considerando a influência das condições de vida da população no processo saúde doença e orientar a tomada de decisão (Brasil, 2005a), gestão, organização e análise da produção em saúde, identificamos durante este estudo que algumas enfermeiras subutilizam esta ferramenta, ou seja, muitas preenchem as planilhas dos sistemas de informações com a finalidade de cumprir a tarefa de enviar dados para a SMS.

O SIAB, na realidade a gente usa somente pra lançar dados. A gente assim, não consegue sentar e planejar em cima dos dados do SIAB, isso a gente não consegue fazer. Eu, pelo menos, não faço e acredito que as outras enfermeiras também não fazem. Pra você levantar o diagnóstico das informações você faz conforme aqui vão chegando(...) Na realidade a gente lança os dados, mas não analisamos esses dados também (...) mas é que a gente não tem perna pra tá trabalhando mais as questões fora da Unidade mesmo, trabalhar essas nocividades né?, da população, mas a gente trabalha sim. Deveria tá trabalhando mais, aproveitar melhor esses dados, isso a gente não consegue.(Enfermeira 10- USF Vermelha).

Se eu disser pra você que eu já utilizei alguma resposta, alguma questão do SIAB na profissão, no dia a dia, eu minto. Eu não usei mesmo. A única vez que eu tive um retorno dele, era quando os alunos da universidade x vinham e fizeram um levantamento e reconheceram a área, mas era um trabalho dos alunos. E quando eles faziam a devolução ao posto, eu assistia então, foi quando o SIAB se tornou uma coisa assim onde eu pude ter essa visibilidade (...) o SIAB é uma coisa tão pontual que eu só reconheço que tem que fazer no dia que vem pra falar “oh, tem que passar pro computador” (Enfermeira 1- USF Rosa).

... no SIAB eu não busco nada...eu só realimento ele, com o arquivo que eu faço a minha reunião do mês pra fechar o SIAB, que é uma obrigação, então aí eu sento com a minha equipe... (Enfermeira 3- USF Rosa).

Identificamos também que o enfermeiro tem um papel fundamental no que se refere a motivação da equipe para a utilização adequada dos sistemas de informações. Segundo Silva (1997), “Quando pensamos em registro na área de saúde, lembramos a relevância dos mesmos para a continuidade do atendimento, permitindo que as pessoas sejam atendidas por mais de um agente de forma complementar e integrada, possibilitando também conhecer o conjunto dos procedimentos executados e a realização de avaliações de assistência prestada e para fins de pesquisa e ensino”. Diante da relevância do assunto, em alguns casos, as enfermeiras criam estratégias para estimular e facilitar o registro de dados pela equipe, assim como para sensibilizar esta equipe da importância do registro adequado de dados para fins de diagnóstico, planejamento, avaliação do trabalho realizado e principalmente visando a integralidade da assistência.

Porque eles (médicos) não registram. Eles registram lá a consulta que eles fizeram, mas o tipo de atendimento se foi pra hipertenso, pra diabético, eles não registram. Então teve época aí da gente ter trezentos hipertensos e ter feito dez consultas pra hipertensos, o que é um absurdo. Eles só colocavam na faixa etária.... a gente deixa grudada aqui na porta, uma (ficha D – SIAB) pra marcar os agendados, uma pra marcar os eventuais. É uma ficha só pra cada uma delas. E até a gente fez isso também pra poder fazer essa, essa contagem, quantos eventuais, quantos agendados a gente atende por mês... Elas ficam aqui até pra gente poder cobrar mais né? Preencheu? Pôs na ficha?... Vocês me passam a informação e eu ponho na produção, se vocês não passam não tenho como fazer. Então, isso quando você põe na frente deles, que é grande, eles olham isso quase toda hora acaba ficando mais fácil mesmo de a gente fazer um registro, melhorar esse registro...pra alimentar sempre é essa história, também é uma coisa histórica do enfermeiro, você ficar correndo atrás da informação pra poder dar uma informação um pouco mais fiel. .... Já teve mês, por exemplo que o médico não me entregou a ficha B, e eu acabei fechando o relatório de produção sem a transcrição do médico.... E é uma coisa assim, que eu não sei quanto as outras, mas que à mim incomoda demais, porque eu sei que o sistema de informação é importante não só pra mim, não é só a nível local, né? A hora que for pro município, a hora que for pro Ministério eu fico imaginando como as pessoas vão olhar isso aqui e falar, o que esse pessoal do ... faz? (Enfermeira 7- USF Azul).

Segundo Starfield (2002), o profissional de atenção primária deve estar ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde. Assim, um dos atributos da APS é a coordenação, que traz em sua essência questões relativas a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Ainda segundo esta autora que ressalta a importância dos prontuários médicos e dos SI, os profissionais da APS são os coordenadores da atenção e, portanto, os mantenedores das informações a respeito dos pacientes.

Segundo Peduzzi (2000), no processo de trabalho gerencial do enfermeiro, o seu objeto de trabalho são os trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho e tem por finalidade a implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem. Na formação do enfermeiro destaca-se a função administrativa supervisionando a equipe de enfermagem. Com a entrada do agente comunitário de saúde na equipe de saúde o enfermeiro utilizando a ferramenta sistema de informação reforça a referida função.

...nós enfermeiras também historicamente registramos muito melhor o que a gente faz do que... enfermeiros, auxiliares de enfermagem, a equipe de enfermagem mesmo, talvez porque a enfermeira é mais cricri mesmo pra fazer a informação. (Enfermeira 7- USF Azul).

... nós enfermeiros atendendo as pessoas ou arrumando esse fluxo de seguimento que começa no Núcleo, às vezes tem que acessar o serviço secundário ou terciário e nesse fluxo que sai e pode se perder fica muito pro enfermeiro fazer esse fio condutor e tentar retomar com a equipe, pelo menos aqui tem sido um papel que eu tenho assumido muito. Além da assistência direta pra mulher, adulto de um modo geral e criança... E da parte mais administrativa que não existia dos modelos programáticos, a atuação com o agente comunitário, um novo elemento com início com mais dificuldade até da gente compreender que profissional é esse e do próprio profissional naquilo com o programa. Então, inexistia uma, um conhecimento anterior desse exercício. Foi no trabalho (Enfermeira 4- USF Amarela).

A gente senta, numa reunião pra fechar o SIAB, e aí cada uma vai fechando, a gente passa naquela folhinha, como é que chama mesmo? SSA2, e daí a gente vai passando por agente, juntos, aí o médico já trouxe o dele, a dentista já trouxe o dela, eu já tenho a minha, eu tenho uma dificuldade grande com as auxiliares de enfermagem, que estão mais distantes com o dia a dia da unidade, então eu não tenho os dados delas, então eu tenho que ir buscar e ver o que elas fizeram durante a semana, não, durante o mês. Então a gente tem que ir buscar (Enfermeira 2 – USF Rosa).

A utilização dos sistemas de informações foi abordada no estudo realizado por Freitas e Pinto (2005), na área de abrangência de uma unidade de saúde da família no município de Franca sobre a percepção das equipes de saúde da família sobre a utilização do SIAB. Neste estudo todos os membros da equipe reconheceram a importância do SIAB na organização do serviço, pois o mesmo trazia dados significativos que possibilitaram o direcionamento do processo de trabalho da ESF. Ainda segundo este estudo o enfermeiro foi o profissional que mostrou maior envolvimento com o SIAB.

Outros autores também abordam estes aspectos direcionados ao enfermeiro e sistemas de informações em saúde apontando que o enfermeiro é um profissional que participa ativamente de atividades relacionadas a organização da informação em diferentes etapas do processo de assistência à saúde. Segundo estudo realizado no município de Ribeirão Preto sobre a inserção do enfermeiro no departamento de informática da SMS, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no referido departamento volta-se para a organização e controle das atividades desenvolvidas relativas à produção, armazenamento e análise dos dados necessários a diferentes etapas do processo de assistência à saúde, bem como àquelas voltadas ao treinamento e supervisão do pessoal que atua no sistema de informação no nível local (MISHIMA; OLIVEIRA; PINTO, 1999).

No presente estudo quando as enfermeiras eram questionadas sobre a finalidade e utilização da informação e SI na sua equipe, foi possível perceber que os sistemas de informações existentes auxiliam algumas equipes a definirem seus grupos prioritários, através do diagnóstico local e a partir disso planejarem ações que serão implementadas pelas equipes. Assim, algumas vezes o SI utilizado para este tipo de diagnóstico é o SIAB; outras vezes utiliza-se sistemas criados pelas próprias equipes a partir das necessidades das mesmas. Em relação aos grupos prioritários, alvo das ações de saúde implementadas pelas equipes de saúde da família, fica aprovado pela portaria nº. 648 de 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica, que

estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesta portaria que visa a operacionalização da Atenção Básica, definiu-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Ainda segundo esta portaria, outras áreas deverão ser definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (Comissões Intergestoras Bipartite, 2006)''.

Você deveria usar, por exemplo, acidentes de trabalho, fraturas em maiores de cinquenta anos, hanseníase (...), crianças de baixo peso além das prioridades: hipertensos, diabéticos, menores de dois anos (Enfermeira 4- USF Amarela).

... gestante né, a gente vai lá ver quantas gestantes têm, idade, tal, né, pra ver em cada microárea quantas têm e tal. Que nem, hipertenso a gente assim é um universo enorme de clientela ... a gente tenta olhar os dados, mas a gente tem dificuldades de olhar para eles e planejar em cima deles. (Enfermeira 9- USF Vermelha).

...aquela parte das faixas etárias, por exemplo, é uma coisa que a gente usa bastante, ou seja, a gente acaba priorizando os grupos por conta ... nós temos um grande número de crianças menores de um ano, nós temos um grande número de mulheres em idade fértil, mulheres jovens, e... adolescentes e aí quando você faz a comparação você percebe que lá, por exemplo, têm gestantes menores de vinte anos e nós também temos um número grande, porque bate com a faixa etária da população. Então, faixa etária, é... , condição de vida... A morbidade, a prevalência das doenças, que é uma coisa que a gente usa bastante. Acho que mais é isso mesmo...pra poder planejar as coisas, escolher os grupos prioritários, por isso que a gente tem a criança e a mulher como grupos prioritários. Apesar de ter um grande número de hipertensos como todo mundo (Enfermeira 7- USF Azul).

...o SIAB ajuda a gente ver faixa etária da população, principais morbidades daquilo que ele dá, então dá pra gente, mais ou menos, saber qual é o nosso perfil aqui, são idosos, poucas gestantes... a gente não faz grupo de gestantes, porque têm poucas gestantes, mas faz grupos de hipertensos, faz grupos de perdas né, a gente teve uma época aqui que morreu tanto acamado que a gente começou a pensar o que fazer pra família dos acamados, então começamos a fazer um grupo pra trabalhar perdas, ... então a gente direciona um pouco pelo perfil da população algumas atividades né, mas também pra mesmo pra algumas doenças né, então hipertensos é um grande número é...tem época que a gente percebe que teve mais AVC, teve uma época que duas pessoas amputaram pé, né, e a gente começou a olhar mais pro diabético, como que tá o acompanhamento desses diabéticos, quem são os diabéticos cadastrados, tão tomando insulina, tão cuidando do pé, então tem hora que os dados chamam atenção pra gente (...) os dados chamam um pouco atenção pra gente buscar, né, ver como tá a assistência. (Enfermeira 5- USF Laranja).

Os números das gestantes (...) os hipertensos, esses dados que vão ajudar a gente a trabalhar de uma forma mais organizadinha... Então eles vão tá falando pra gente se aquela família é de risco, se não está comendo adequadamente, como é que é a

vida dela, como que é o trabalho, se tem ou se não tem, o que que envolve naquele aspecto, então a gente trabalha bem próximo a esses dados, de uma forma desorganizada também...(Enfermeira 2- USF Rosa).

Quando há clareza da utilização dos SIS nos grupos prioritários para as ações em saúde, conforme descrito, a enfermeira parece visualizar com mais objetividade a finalidade de utilizar o SI, neste caso o SIAB.

...quando fazemos o grupo de HIPERDIA é em cima desses dados. Então a gente sabe quantos hipertensos tem, diabéticos, olha nós temos um número grande, nós precisamos trabalhar em cima disso. A gente faz, mas do jeito que teria que ser né! (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Em relação ao sistema HYGIA identificamos que das 07 unidades que fizeram parte deste estudo, 06 tinham o sistema implantado. Identificamos, também, que dependendo da unidade de saúde que o utiliza, as finalidades de utilização diferenciam-se. Assim sendo, fica por conta deste sistema o registro e cadastro do usuário, o acompanhamento dos usuários dentro do sistema de saúde municipal, solicitação e encaminhamento de exames nas unidades que trabalham somente com a estratégia saúde da família. No entanto, nas unidades mistas, onde existe a implantação do sistema HYGIA seguindo a lógica de cadastro dos usuários no sistema de informação ambulatorial da rede de saúde do município, a utilização do sistema, além das descritas acima, tem a finalidade de registrar o atendimento realizado e utilização das fichas de atendimento do mesmo.

A gente usa o HYGIA pra fazer o registro da pessoa no sistema, para acessar os dados que já estão informatizados, pra localizar os atendimentos que a pessoa fez, pra encaminhar pra citologia e pra encaminhar o paciente pra exame de urgência. É...só...porque agenda informatizada a gente não tem. (Enfermeira 4-USF Amarela).

...o HYGIA eu só utilizo para tirar a minha ficha de atendimento. E ponho a informação do pronto atendimento que eu fiz. ...Posso até usar o HYGIA que também me ajuda, pra ver se o paciente que deixando de vir comigo, ... eu procuro pra saber se ele procurou outra unidade, então eu vejo no L atendimentos para ver se ele foi em outro lugar. Se ele faltou na consulta. (Enfermeira 3- USF Rosa).

Embora as atividades das equipes vão ao encontro do que é preconizado pelo MS, no sentido de atender as populações prioritárias, não podemos esquecer que a população atendida

pelas equipes de saúde da família é heterogênea, e desta maneira, outros grupos populacionais (adolescentes, homens em diversas fases da vida, trabalhadores, dentre outros) necessitam de assistência e cabe a essas equipes atenderem e priorizarem esses grupos após o diagnóstico de saúde local com apoio de sistemas de informações formais e informais.¹⁶

“Da mesma forma que a informação é necessária para qualquer ação ou decisão, planejar e avaliar são processos presentes no nosso cotidiano. Assim, a informação, além de ser uma ferramenta para o planejamento e avaliação em saúde, é também considerada um instrumento necessário para a análise das ações implementadas, na busca da abertura de novas possibilidades do agir em saúde” (BRASIL, 2005a). Neste contexto, observamos que algumas enfermeiras reconhecem a importância desses sistemas para a avaliação da assistência oferecida para a população, porém, procuram fazer essa avaliação somente no momento do fechamento do SIAB com a equipe, quando, muitas vezes, buscam fazer o planejamento de ações para o próximo mês.

...quando um número de hipertensos faz o tratamento, e o segmento tá muito abaixo do não acompanhado ou do diabetes. Então isso me chama a atenção na hora de fechar. ... faço uma interferência maior, ou se tem hospitalização por outras causas, quais são, essas coisas assim, eu fico mais de olhos naquelas informações que chamam mais atenção aos olhos mesmo. ...tem gestantes menor de idade, mas é que já passam pra gente, na hora a agente chega pra passar, são informações já corriqueiras do dia a dia nosso... é só confirmar. Então ele chama mais atenção, mas é o dia a dia que me traz essa informação. (Enfermeira 1- USF Rosa).
Eu acho que a gente sempre tem aí em mente as famílias que são estimadas e recorre sempre à informação é rápida, a informação das cadastradas, ter uma visão do que você tem na sua área, com quem você trabalha, e o que você precisa dispor para essa população aí que você cadastrou, então você usa todos esses recursos pra conhecer a população que você vai lidar né. Então isso é sempre revisto, você tá sempre revendo a morbidade, o acompanhamento das crianças, das gestantes, dos hipertensos. A gente tá fazendo junto agora o fechamento do SIAB, a gente não tinha esse hábito de fechar junto o SIAB, cada um fechava a sua parte, e era uma somatória de informações individuais. ...o fechamento, ele é coletivo, e no momento do fechamento as informações estão sendo mais trocadas. ... E a gente desta forma está fazendo um planejamento para o próximo mês. Estamos preenchendo uma tabela e a última coluna é exatamente essa, é a pendência para o próximo mês (Enfermeira 6- USF Verde).

¹⁶ Estamos considerando SI formais, os SI oficiais estaduais, municipais e federais conforme descritos no levantamento documental e SI informais os SI criados pelas equipes, universidades e outras instâncias não governamentais para auxílio no diagnóstico de saúde local e tomada de decisão).

5.2.2 FONTES DE INFORMAÇÕES: A BUSCA DOS ENFERMEIROS

Em consultas em sites oficiais da Internet sobre o conceito de fonte de informação, encontramos no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a definição deste conceito como uma das respostas mais procuradas. Com base nesta resposta encontrada, entendemos que fonte de informação significa qualquer recurso que responda a uma demanda de informação por parte dos usuários (profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde), incluindo produtos e serviços de informação, pessoas ou rede de pessoas, programas de computador, e etc.¹⁷ No campo da saúde inclui-se os profissionais e usuários do sistema de saúde.

As fontes de informações em saúde podem ser consideradas primárias ou secundárias. As fontes primárias são: visitas domiciliares, observação, informante chave ou levantamentos especiais. As fontes secundárias de informações são: prontuários, relatórios, IBGE, mapas, listas telefônicas e sistemas de informações (Ex.: SINASC, SIM, SINAN, SIAB, HYGIA e outros). Além disso, podemos considerá-las como fontes de informações formais e informais. As fontes formais transitam pelos canais convencionais da organização ou entre organizações. São estruturadas e provêm do meio externo. Ex.: correspondências entre organizações, comunicações de órgãos governamentais e as dos sistemas computacionais interligados. As fontes informais não possuem caráter oficial. São volumosas e desestruturadas. Ex.: de origem externa: jornais, revistas, televisão, rádio, conversas com grupos informais, seminários, feiras, congressos; de origem interna: fofocas no restaurante da organização ou no café (FREITAS; KLADIS, 1995 apud PINTO, 2000)¹⁸.

Assim, através destas fontes de informações, os profissionais coletam dados e os analisam, utilizando-os para o planejamento, coordenação e avaliação. Durante as entrevistas,

---

¹⁷ Disponível em: <<http://bvsmodelo.bvsalud.org/myfaq/index.php?action=artikel&cat=1&id=26&artlang=pt>> – Acesso em: 06 maio 2007.

¹⁸ FREITAS, H.M.R.; KLADIS, C.M. Da informação à política informacional das organizações: um quadro conceitual. Ver. Adm. Públ., Rio de Janeiro, v.29, n.3, p. 70-86, 1995.

as enfermeiras entrevistadas enumeraram diversas fontes de informações utilizadas, dentre elas, a própria equipe de saúde da família e outras equipes, os sistemas de informações existentes na atenção primária, os usuários do serviço de saúde, líderes comunitários, prontuários, livros, cartões de vacinas, dentre outros.

(...) do peso da criança nascida ela (...) a fonte que ela tem é só o cartão de vacina (...) a história dos nascidos vivos, da DNV, dessas coisas, pra nós ela existe, a gente usa isso como fonte de informação, mas não é prioritária, porque o agente comunitário fica sabendo sempre, muitas vezes antes do Floresce uma vida ligar. (Enfermeira 7- USF Azul).

...tem algumas fontes que já são usadas há mais tempo, por exemplo os nascidos, vivos, as mortalidades, as morbidades, então você usa a DNV, você usa informações da rede, que chegam até aqui né, que de alguma forma acabam chegando. Tem dificuldade neste fluxo de informação, mas chega... E aí tem as fontes aqui internas, né, as fichas de cadastro, as fichas de acompanhamento, o próprio SIAB, então eu acho que tem inúmeras fontes... (Enfermeira 6- USF Verde).

Eu uso o SIAB. Aquele relatório do SIAB e as agentes comunitárias. Informação da população, informação dos auxiliares (Enfermeira 8- USF Branca).

O agente comunitário de saúde vêm se constituindo como um segmento efetivo no trabalho em saúde, além disso é um novo ator nos cenários da assistência. Historicamente o seu trabalho em saúde traz a idéia que sua função na sociedade é de ser o elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

Na política Nacional de Atenção Básica é possível identificar as seguintes atribuições do agente comunitário de saúde:

Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos

sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e cumprir com as atribuições definidas para o ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue (BRASIL, 2006b, p. 43).

Diante do exposto, o profissional da equipe de saúde da família, o agente comunitário de saúde, é uma importante fonte de informação, visto que ele tem um papel fundamental no processo de produção das informações, pois é o interlocutor entre as famílias e equipes e durante o seu dia a dia possui uma infinidade de informações referente à comunidade, a qual realiza o acompanhamento como demonstrado nas falas.

Mas a fonte principal pra gente é o agente comunitário, ele nos traz muitas das informações, do que a gente precisa, do que eles estão detectando de necessidade, então, as informações mais assim que a gente costuma trabalhar em cima são as informações que os agentes trazem pra nós. (Enfermeira 2- USF Rosa).

Basicamente com os agentes que são os nossos né, e..com os agentes, eu acho com os agentes né, os dados, as fichas, o fechamento dos dados e a gente olha pra eles, a gente tenta, mas eu acho que” não é uma Brastemp” o que a gente faz não... É dos agentes, mesmo em campo que a gente sai. É uma informação mais informal né. O que a gente acaba que nem, a gente acaba conhecendo, a nossa área do PSF, as pessoas se conhecem, me conhece, eu conheço eles. (Enfermeira 9- USF Vermelha).

Da informação do paciente que vem, da informação do agente comunitário que traz quando ele verifica, constata, ou quando alguém da família solicita. Então o agente de saúde é extremamente importante para a gente, às vezes você é acionada pela própria secretaria de alguma situação. Pela própria busca espontânea do paciente ...(Enfermeira 3- USF Rosa).

Atualmente eu estou me baseando muito mais pelas agentes comunitárias do que até pelo SIAB, porque a minha microárea tem sofrido uma transformação muito grande (Enfermeira 8- USF Branca).

... o agente comunitário é o melhor sistema de informação... eu uso HYGIA pra informação sobre vacinação.... eu acho que o sistema de informação, melhor sistema de informação que nós temos aqui é o agente comunitário mesmo.(Enfermeira 7- USF Azul).

O agente comunitário de saúde é um importante ator no cenário das práticas em saúde da família, assim sendo, concordamos com as enfermeiras que consideram este profissional uma valiosa fonte de informações, porém é preciso analisar o conceito de sistemas de informações definido por Brasil (2005a) para diferenciarmos claramente sistemas de informações de fontes de informações: “Um Sistema de Informação não é um aglomerado

de informações, pois envolve equipamentos, pessoas, procedimentos, documentos e comunicações. Por meio dele coletam-se, armazenam-se, processam e recuperam-se dados (de maneira informatizada ou não), disponibilizando-os aos usuários (indivíduos ou grupos que demandaram o levantamento dos dados), que irão interpretá-los”. A comunidade, incluindo líderes comunitários e os próprios usuários também foram identificados como fontes de informações importantes para o diagnóstico local e para a avaliação dos serviços prestados. Esta participação pode reforçar o movimento de construção do SUS, à medida que a própria comunidade torna-se fonte e avaliadora dos serviços de saúde, conforme a Lei Orgânica nº 8142/90 que trata sobre a participação e controle social. Destacamos que o *feedback* desses dados para a comunidade que os produziu não aparece nas falas das entrevistadas, no entanto, para que o exercício da cidadania seja contemplado, o retorno dos dados é essencial.

Eles (ACS) têm informações com as pessoas, eles têm as informações com os líderes das comunidades e normalmente eles trazem para as reuniões (Enfermeira 7- USF Azul).

Através dos agentes comunitários de saúde, que eles fazem as visitas domiciliares e do próprio paciente que utiliza a Unidade (Enfermeira 10- USF Vermelha).

...eu acredito muito nessa questão, mesmo do bate papo com o paciente, na visita, o agente comunitário que traz, da troca mesmo, né.... que conversa, eu acho que é isso mesmo que eu tenho utilizado. (Enfermeira 1- USF Rosa).

... o usuário também à todo momento...Acho que quando você tá sensível para ouvir o que o usuário tem a dizer você ganha muito com as informações que ele traz. (Enfermeira 6- USF Verde).

A questão do acesso às informações pela população é abordada em Branco (2006):

É fundamental, ainda, que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam o intercâmbio de dados e experiências (BRANCO, 1996, p.270).

Quanto a importância dos SIS para o trabalho em APS, Pinto (2000) afirma que na rede básica há um processo produtivo de trabalho que tem por objetivo a assistência

individual, coletiva e a participação dos trabalhadores da saúde e da comunidade no planejamento e avaliação dos serviços, através das instâncias de representação para o controle social, articulado com os princípios e diretrizes organizativos do SUS, e tudo isto pode ser desenvolvido tendo como suporte os sistemas de informação em saúde como fonte de informação secundária.

Nos aspectos relativos ao trabalho administrativo, assistencial, ensino e pesquisa e sobre os sistemas de informação de APS como instrumento de trabalho, as enfermeiras relataram utilizar mais o SIAB nas unidades que trabalham com apenas um modelo assistencial (ESF) e as enfermeiras que trabalham em unidades de saúde mistas (ESF + UBS) utilizam mais o sistema HYGIA, entretanto, estas preferem utilizar o SIAB com enfoque no preenchimento das fichas A e D.

...a gente usa muitas fontes de informação ...Acho que até o boca a boca é uma fonte de informação que a gente usa. Mas a gente aqui procura usar mesmo o SIAB como a fonte de informação pra planejamento local...eu uso HYGIA pra informação sobre vacinação. Então, isso é uma fonte que eu tenho é... (Enfermeira 7- USF Azul).

... na atividade administrativa a gente vai usar tanto os recursos da administração como o próprio material de produção aqui no nosso sistema de informação. SIAB é um instrumento que a gente usa... atualmente usamos esse sistema... SIAB pra condensar produção. Até o finalzinho de 2005 a gente trabalhava fazendo um boletim do HYGIA que depois percebemos que não era preciso (Enfermeira 4- USF Amarela).

A gente usa o HYGIA né. E o SIAB. (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Então o que temos é o HYGIA e o SIAB...e o PROG VACINAÇÃO... esse ano a gente tentou assim, ter um olhar bem, um olhar mais aguçado pra vacinação tanto da criança, do adulto também né. Então de pegar a ficha A e irmos no PROGVACINA pelo HYGIA pra ver quem tem, quem não tem... (Enfermeira 9- USF Vermelha).

A gente tem o HYGIA, ..., a gente não usa ele tanto quanto poderia usar, porque pra gente é muito recente, tem um mês que eu tenho o HYGIA na Unidade ..., não usava tudo que o HYGIA tem de recurso, e na verdade ainda não uso, porque eu não fui nem treinada, não sei entrar na página do HYGIA, na tela do HYGIA (Enfermeira 5- USF Laranja).

Eu tô muito preocupada com os abandonos de tratamentos de hipertensos e diabéticos então eu busco na farmácia o L MEDIPAC tá, que é quando eles retiram medicamentos, então eu acho que é uma forma de eu cercar né, de eu procurar ver quem tá vindo buscar medicamento mais constante ou menos constante e é por aí que a gente sabe se eles tão tomando medicamento corretamente ou não. (Enfermeira 8- USF Branca).

...a gente utiliza o sistema de informação da atenção básica, e não temos outros neste momento sendo utilizados nesta unidade... No município tem o HYGIA, que a gente não tem aqui, então se eu falar pra você conheço o HYGIA, não conheço. E se o HYGIA chegar mesmo aqui, tomara que chega, a gente vai precisar de treinamento... (Enfermeira 6- USF Verde).

Em uma unidade de saúde da família, apareceram as implicações do modelo assistencial e os sistemas de informações utilizados, ou seja, mesmo denominada ESF a equipe trabalha sobre a lógica do modelo tradicional.

O meu trabalho vai desde o pronto atendimento, até o acolhimento que é feito aqui na hora da chegada (...) é um programa já pré estabelecido, como o prognosticon, como o teste do pezinho, tem o atendimento do alcoolista que é eu que faço, tem o acolhimento do paciente no geral, além das visitas domiciliares, ... por mais que fala que esta é uma unidade de saúde da família, eu tenho algumas ressalvas, algumas dúvidas á respeito, porque não dá pra fazer como no papel, ..., a prática se diferencia muito. Na verdade eu acho que ainda aqui as equipes conseguem desenvolver um trabalho até que muito bom, diante da opção que a gente tem de trabalho (...) o SIAB é uma coisa tão pontual que eu só reconheço que tem que fazer no dia que vem pra falar, oh tem que passar pro computador (Enfermeira 1-USF Rosa).

A gente ainda não trabalha propriamente dito com Saúde da Família, a gente tem em mente querer trabalhar com Saúde da Família. Nós estamos tentando organizar para que a gente consiga trabalhar mais próximo. Mas a gente nesta unidade, a gente tem uma unidade comum, né, uma unidade de saúde comum, com sala de curativos, esterilização, medicamentos, vacina, de tudo. É, somos em 04 equipes, então a gente divide as ações dentro da unidade de saúde. Temos os horários de visitas específicos e após isso, os horários de visitas, nós temos as atividades dentro da unidade. Então, a gente faz a cobertura aqui dentro, a gente faz alguns grupos, e mais essa parte do atendimento individual e principalmente no atendimento de pacientes eventual que chegam aqui. Ainda o nosso trabalho está voltado principalmente nos eventuais, a demanda é grande e nós não estamos organizados ainda de uma maneira tal que a gente consiga reverter essa situação para se ter mais agendados (Enfermeira 2 –USF Rosa).

Outras fontes de informações foram relatadas nas falas das enfermeiras, porém as mesmas não foram consideradas úteis para a equipe enquanto instrumento de diagnóstico e planejamento de ações locais.

...tem outro sistema né?, o SISPRENATAL que a gente também usa aqui. O SISPRENATAL sou eu que faço, eu que abro o SISPRENATAL, eu que faço o cadastro pro município, eu que faço as fichas dos atendimentos mensal e fechar o SIAB também é meu. Historicamente são as enfermeiras e a gente assume mesmo e eu até gosto de fazer, porque acho que é um momento que eu tenho pra sentar com elas (Enfermeira 7- USF Azul).

...tem os que já são protocolados, ... por exemplo assim faz o SISPRENATAL pra encaminhar, o HIPERDIA ... as informações do pezinho, do teste, isso são coisas que a gente usa... (Enfermeira 1- USF Rosa).

Então, a gente conhece os nomes todos né? Só que a gente não tem muito acesso. A história do SINAS, do SIVAN, do SI... esses aí tudo que a gente conhece(risos). Acho que a gente colabora com um monte deles sem às vezes nem lembrar. Acabei de lembrar de outro aí, a história do Bolsa Família, que de alguma forma você colabora aí pro de vigilância nutricional, mas é...eu conheço de nome, mas profundamente ou de que eu possa chegar e falar assim, bom eu quero saber...tem um outro sistema de informação também que a gente tem aqui que o monitoramento da diarreia. Então, se eu quiser saber quantos casos de diarreia eu tive no ano eu até posso conseguir esse dado aqui com a vigilância epidemiológica, mas nada que seja, que eu possa acessar daqui entendeu? Entrar, por exemplo, na Internet e pegar um dado desse tipo pra nível local. Eu sei mexer lá nas coisas do DATASUS, aquelas coisas mais a nível nacional, mas que pra nosso planejamento ajuda muito pouco. (Enfermeira 7- USF Azul).

...a gente alimenta outros sistemas, mas a gente não fica tão próximos, tem SISPRENATAL que a gente manda relatório, mas isso fica pra informática da Secretaria e a gente manda n outras informações pra Secretaria que com certeza geram dados de outros sistemas de informações, mas que a gente não acaba não tendo acesso nem do resultado disso né, faz o acompanhamento de crianças né, pra Bolsa Família que com certeza devem alimentar SINAN, SIVAN, SI não sei das contas lá que vai pra nutrição, mas a gente não recebe retorno dessas coisas, ficam mais longe do nosso dia a dia. (Enfermeira 5- USF Laranja).

A fonte de dados do SISPRENATAL e do HIPERDIA é alimentada na unidade de saúde da família de forma manual, no preenchimento das fichas de registros, que caracterizam este sistema no município de Ribeirão Preto. Apesar de ser alimentado no nível local, as enfermeiras não possuem os consolidados dos registros elaborados na USF, ou seja, tudo o que foi elaborado em termos de informações são encaminhados para o nível central da SMS, dificultando a sua utilização por não estar de forma informatizada na unidade de saúde e por não existir um *feedback* da SMS em relação a esses dados para a equipe.

... SISPRENATAL...A gente faz o manual, a gente cadastra, faz a ficha de acompanhamento, mas eu não sei como é esse, assim eu faço uma parte manual, mas eu não sei como é ele informatizado. Eu não sei como é a entrada dos dados, como é o processamento, eu não sei, então eu não acompanho a linha toda, assim como o SINASC eu não sei, eu sei que a base dele é a DNV, a DNV vem pra mim, arquivo aqui, sei como é que esta a folha rosa, mas como é que está informatizado, como ele é, eu não sei, então parece que fica tudo picado. Eu sei que o HYGIA é importante, mas eu não sei nem como é a cara do HYGIA. Eu sei que o SISVAN, por exemplo, porque eu faço o SISVAN aqui porque tem muita criança né, acompanhamento de peso. Hoje eu faço só uma parte, mas eu não conheço ele todo. Eu sinto essa falta de conhecer o todo, se eu conhecesse o todo, talvez a minha parte eu fizesse melhor. Talvez a minha parte eu fizesse com capricho, aquela coisa sabe “olha que importante a base sou eu”, eu não sei nem se a base sou eu. Eu acho que se a gente pudesse ver o todo, você sabe que tem parte que é sua, que é de outros colegas, de outros setores. Acho que a gente faz muito isso porque é um pouco cobrado, né. O SIASUS por exemplo, eu não sei, eu faço uma parte, eles pedem alguns dados, me disseram que é importante para reverter em financiamento, então faça, eu faço.. HIPERDIA, né, outro dia a gente queria ter a informação de medicamento, quando deu aquele problema com o enalapril, e a

rede falou : “recolham todos os enalapril”, inclusive os que estão com os usuários. A gente falou nossa, quem tá, eu sei que a gente tem 200 e tantos hipertensos, mas desses 200 quais usam enalapril, eu não sabia... você se sente o pior profissional do mundo, você fala eu deveria saber, eu deveria saber e chegar nas casas, a equipe até se divide e você vai nessas casas e você vai procurar esta lista de usuário, são esses que você vai ver que toma o enalapril. Então a gente teve que ir atrás de 230, é trabalho perdido. Você vai atrás de 230 pra saber quem usa enalapril. Olha, eu acho isso humilhante, se exige coisas de você que a gente não tá acompanhando, por estar à margem da informatização, por estar à margem do conhecimento moderno (Enfermeira 6- USF Verde).

Conforme mencionado nesta fala, entendemos que o SISVAN, embora não tenha sido citado no levantamento documental do presente trabalho, é a nomenclatura conhecida mundialmente para a denominação de Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional. No Brasil, o início da implantação do SISVAN foi em 1977 tendo como proposta a organização de um sistema de informação para a vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira. Sua regulamentação veio, posteriormente, em 1990 pela Portaria do Ministério da Saúde nº 080 (16/10/1990), sendo sua existência a nível municipal considerada pré-requisito para o repasse de recursos federais para as ações de combate à desnutrição. Atualmente, tem-se a Portaria Ministerial de 2.246 de 18/10/04 que institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional.¹⁹ Nas unidades de saúde da família este sistema é utilizado no sentido de servir como instrumento de coleta de dados para acompanhamento dos beneficiários do bolsa família. Portanto, a alimentação do sistema é feita nas unidades de saúde no nível da atenção básica, porém, assim como os outros sistemas citados, o *feedback* dos dados também é inexistente.

No entanto, há que se considerar que o enfermeiro está inserido em uma equipe multiprofissional, sendo esta, uma das diretrizes do ESF, por isso, juntamente com o enfermeiro, toda a equipe poderia se integrar na discussão do uso e aplicabilidade dos dados dos SIS. O trabalho de equipe na Estratégia Saúde da Família é o elemento-chave

---

¹⁹ Disponível em: < <http://sisvan.datasus.gov.br/apresentacao.asp> > - Acesso em: 29 abr. 2007.

para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. Para que seus objetivos enquanto equipe sejam alcançados, é necessário que esta equipe trabalhe integrada. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (BRASIL, 2004). Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Assim uma equipe de Saúde da Família será integrada quando buscar permanentemente e de forma dinâmica, articular todo elenco de ações que executa por meio da interação dos agentes. Neste estudo a equipe foi considerada fonte de informações importante. Observamos também que um dos fatores mais valorizados pelas enfermeiras como fonte de informações foi a presença de mais de uma equipe de saúde da família nas unidades de saúde.

...a grande informação aqui é ter várias equipes juntas... eu acho que esse que é o ganho, de se conversar, de se ouvir... então algumas coisas que a gente tem muito assim escrito em livro, então a enfermeira da outra equipe falou: “porque vocês não colocam isso no computador?” Então eu acho assim essa visão informatizada ela traz, como as equipes estão juntas, por isso, uma acrescenta naquilo que a outra não tem... (Enfermeira 1- USF Rosa).

... a outra fonte é a própria equipe, por que a equipe ela é a todo momento fonte de informação, o usuário também a todo momento... (Enfermeira 6- USF Verde).

5.2.3 REGISTRO DE DADOS OFICIAIS E ALIMENTAÇÃO DOS SIS: O ENFERMEIRO NESTA EMPREITADA

O registro de informações em instrumentos oficiais, prontuários ou sistemas nacionais de informações, faz parte do processo de trabalho das enfermeiras e de outros profissionais das equipes. Segundo a portaria 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, é considerado como atribuição comum a todos os profissionais das equipes de saúde da família garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica.

Com relação aos prontuários médicos e aos sistemas de informações, quatro funções devem ser destacadas: em primeiro lugar, eles servem como fonte de registro de dados dos pacientes e como instrumento de dados epidemiológicos para o planejamento da atenção às populações; em segundo, os prontuários médicos são documentos legais, considerando que os dados descritos evidenciam os processos de atenção quando são colocados à prova; a terceira função é influenciar os processos de atenção, traduzindo parte do que percebem e interagem com os pacientes e como respondem a este conhecimento; Em quarto lugar, os prontuários servem como fonte de informações para avaliar a qualidade da atenção e propiciar melhorias (STARFIELD, 2002).

De acordo com Francisconi e Goldim (1998), o prontuário é um arquivo, em papel ou informatizado, composto por documentos com as informações obtidas com ou sobre o paciente. Tem a finalidade de facilitar a manutenção e o acesso às informações que os pacientes fornecem durante o atendimento, bem como os resultados de exames e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou de tratamento. Cabe à instituição, pública ou privada, a guarda destes documentos, visando preservar o histórico de atendimento de cada paciente.

Focando-se inicialmente esta análise para a utilização dos prontuários nas equipes de saúde da família, observamos que não há padronização quanto à sua organização e arquivo. Desta maneira, todas as enfermeiras utilizam o prontuário para registro dos dados dos pacientes, porém não foi observado um modelo padrão. Optamos em classificar esses prontuários, segundo a maneira em que são arquivados e segundo classificação feita por (DELAMUTA, 2006) em seu estudo:

- prontuário individual: prontuário que contém informações do paciente e é arquivado individualmente;
- prontuário familiar: prontuário que contém informações da família e de cada indivíduo acondicionados na mesma pasta e arquivados por família;
- prontuário misto: prontuário que contém informações do paciente e da família acondicionados em pastas separadas e arquivados em locais diferentes.

Observamos que os prontuários individuais são arquivados segundo a numeração do sistema HYGIA e os prontuários familiares são arquivados segundo a numeração da microárea e da família.

O modo de organizar e arquivar os prontuários são definidos, inicialmente, pelas equipes. Ainda segundo estudo realizado por Delamuta (2006), nas unidades de saúde da família nos municípios da DRSXIII percebeu-se um esforço por parte das equipes em trabalharem dentro de uma abordagem familiar com inclusão dos diversos profissionais, assim, 30% das equipes utilizam o prontuário familiar, 56% utilizam o prontuário misto e apenas 14% utilizam o prontuário individual. Ainda neste estudo as enfermeiras entrevistadas consideraram estes prontuários individuais inadequados para o atendimento prestado pelas Equipes de Saúde da Família.

No presente estudo observamos que outros fatores são responsáveis pela escolha do modelo de prontuário nas unidades. Dentre estes fatores, a existência de dois modelos

assistenciais na mesma unidade de saúde, caracterizando a mesma como Unidade Mista, é fator determinante na escolha de prontuários individuais ou mistos. Por outro lado, as unidades que trabalham somente com a estratégia saúde da família, optaram pelos prontuários familiares.

Anotamos nos prontuários... Anotações, registros de casos, às vezes, um caso assim, que você vê que precisa de uma anotação a gente faz. Todas as visitas a gente anota né?... é um documento que você tem... no PSF eu não tenho especificamente prontuário. Que deveria ter né? Um prontuário da família. A gente sabe disso, só que essa questão da Unidade Mista é muito difícil de trabalhar isso com os outros médicos. É difícil entender (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Eu ajudo elas (ACS) fazerem o relatório na pasta de família...No prontuário, eu registro e elas também...No prontuário de cada paciente. Elas registram tudo...Nós tivemos um problema de uma família ter recusado a vacinação anti-rábica, aí a gente registrou no prontuário e nós registramos na folha de notificação de vacinação anti-rábica, eu e a agente comunitária (...)Então você tem uma história, você registra, praticamente é um registro dia a dia. Se ele vem na Unidade duas vezes por dia, duas vezes por dia a gente registra o que ele veio fazer na Unidade, se ele me procura é lógico, pra saber alguma coisa, alguma informação então, você pega um prontuário nosso eu acho que é um prontuário bem completo. Dá pra você ter uma evolução gradativa daquela família, daquele paciente. Pra família eu tenho um registro de...porque a gente tem muito prontuário, eu combinei com as agentes que nós estamos fazendo registro de família de risco. Então aquelas famílias mais problemáticas é que nós estamos fazendo registro de família (...)As informações a gente registra numa folha e coloca na pasta de família. Uma folha de sulfite, papel sulfite. Quando a coisa é muito grave, além de registrar na pasta de família a gente pega a ultima folha de atendimento do paciente e a gente registra nessa última folha a data de hoje e o que foi que ocorreu, porque qualquer pessoa que pegar a pasta do paciente vai saber aquela intercorrência (Enfermeira 8- USF Branca).

Outro fator de influência na escolha dos prontuários é a existência e utilização efetiva do Sistema HYGIA na unidade, ou seja, se na unidade de saúde as equipes utilizam o Sistema HYGIA para a recepção de pacientes, registro de informações e atendimentos nestas fichas, conseqüentemente utilizam o número de registro do usuário no Sistema HYGIA para arquivar o prontuário. Então, nestes casos, as equipes passam a utilizar os prontuários individuais ou estes e os familiares, ficando impossibilitadas de utilizarem somente os prontuários familiares.

Pra tudo é feito a Ficha HYGIA. E aí a gente não tem esse, esse prontuário de família, aqui não. Aqui é o prontuário de cada paciente. Então todo mundo que vai atender aquela pessoa vai registrar na Folha HYGIA. ...Quando fez o prognosticon e deu positivo ou negativo, vai estar no livro... Se dispensou camisinha vai ter o

local onde a gente coloca que deu a camisinha. Agora, tudo vai ser anotado na Folha HYGIA. A Folha HYGIA é o registro pra todo mundo. (Enfermeira 1- USF Rosa).

A gente não tem prontuários de família, a gente só tem prontuários individuais pelo número HYGIA. (Enfermeira 2- USF Rosa).

...o HYGIA direto. Trabalho direto. Tudo eu anoto, eu não atendo o paciente em hipótese nenhuma se eles não tiram o sistema HYGIA. Tem que ter um atendimento tem que ter uma anotação... mas eu acho que isso é um respaldo pra nossa vida profissional. (Enfermeira 8- USF Branca).

Em relação ao registro de informações nos prontuários, identificamos que o registro de informações no prontuário individual é feito pelos profissionais das equipes: médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, porém quando se trata do ACS o mesmo não ocorre. Em algumas equipes o ACS registra as informações pertinentes aos usuários no prontuário familiar, mas não tem acesso aos prontuários individuais. Em alguns casos, quando não existe prontuário familiar na unidade de saúde, os ACS registram as informações em cadernos ou fichários próprios.

... Quem atende faz o registro dos dados, eu fiz uma visita eu vou sinalizar no prontuário familiar e os dados clínicos vão tá no individual, porque ele vai compor toda uma condição clínica e eu vou colocar isso num boletim de visita né? Se é uma visita feita pelo médico, pelo auxiliar de enfermagem vai ser o mesmo caminho. O agente comunitário vai tá sinalizando às vezes o acompanhamento dele no prontuário familiar.... Se o agente vai registrar em prontuário fixo ou não. Até o momento isso não tá definido, não temos um (...). O prontuário individual, caso clínico ele não está aberto pro agente comunitário, acredito que isso deve ter mudanças, até com a própria capacitação do agente. (Enfermeira 4- USF Amarela).

Elas registram no caderno delas. Cada agente tem um lugar. Tem agente que preferiu ter um fichário, tem agente que preferiu ter um caderno, e tem as folhas, não a ficha A (...). Então aí elas vão anotando à lápis quando tem intervenção delas e quando tem intervenção que elas levaram alguém. Bem objetivo assim, tipo uma linha ou duas linhas (Enfermeira 3 – USF Rosa).

Mas eles utilizam um caderno pessoal deles que é a forma que tem de registrar os dados. (Enfermeira 1 – USF Rosa).

Em pesquisa realizada por Coimbra (2007), a questão do prontuário é abordada, no sentido deste conter todas as informações necessárias para o desenvolvimento de um cuidado integral, como a história de saúde-doença, anamnese, hipóteses diagnósticas, diagnósticos confirmados, prescrições de todos os profissionais que atendem o usuário e plano terapêutico

individual. Ainda segundo esta autora, a falta de registros e a restrição do acesso do ACS aos prontuários comprometem a integralidade do cuidado, devido a existência de um desacordo entre as informações do prontuário e as informações relatadas pelo ACS. Concordamos com esta autora e acreditamos que a falta de acesso aos prontuários interfere no cuidado prestado ao indivíduo e suas famílias e o registro de informações das famílias em locais inadequados podem acarretar problemas éticos graves, visto que outras pessoas, não pertencentes à equipe de saúde podem ter acesso à estas informações que muitas vezes circulam com os ACS no trajeto trabalho-casa.

De acordo com Francisconi e Goldim (1998), as informações fornecidas pelos usuários, quando são atendidos em um hospital, posto de saúde ou consultório privado, assim como os resultados de exames e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou terapêutica, são de sua propriedade. Durante muito tempo houve o entendimento de que estas informações pertenciam ao médico ou à instituição e foi desta visão que surgiram as denominações "prontuário médico" e "arquivo médico". Esta maneira de lidar com as informações do paciente deve ser atualizada, pois os profissionais e as instituições são apenas seus fiéis depositários. Os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde e administrativos que entram em contato com as informações têm apenas autorização para o acesso às mesmas em função de sua necessidade profissional, mas não o direito de usá-las livremente. Ainda segundo este autor, os profissionais somente deverão ter acesso às informações que efetivamente contribuam ao atendimento do usuário.

Desta forma, o exposto acima seria também válido para o profissional ACS, que antes de iniciar seu trabalho na ESF, necessita como os outros membros da equipe, de capacitação/ educação permanente para desenvolver o seu trabalho na lógica da APS/ ESF. Para que os trabalhadores do SUS fossem adequadamente capacitados, várias foram as iniciativas do Sistema de Saúde, porém estas práticas de educação profissional eram quase

sempre pontuais, desarticuladas e fragmentadas. Assim, para qualificar a intervenção do SUS, em janeiro de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, dentro dela, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que tem como objetivos construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais da saúde, assim como de educação popular para a mobilização social em saúde, estabelecer um trabalho intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação e enfim, construir relações entre as estruturas de gestão da saúde, de ensino, órgão de controle social em saúde e serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2005b).

Quanto à alimentação dos dados nos sistemas de informações, observamos que todos os profissionais das equipes participam desta atividade. Cabe lembrar que o sistema mais citado pelas enfermeiras foi o SIAB, portanto iniciaremos esta discussão por este sistema. Em relação à alimentação dos dados diretamente no software não existe um profissional responsável exclusivamente para esta atividade no município de Ribeirão Preto, ficando a cargo das equipes a execução desta atividade. Identificamos diferenças em relação ao profissional, ao tipo de SIS alimentado e à frequência de utilização do sistema. Assim o agente comunitário de saúde, normalmente, alimenta o software do SIAB diariamente, visto que este profissional é responsável pelo cadastramento das famílias domiciliadas na área adscrita e alimenta no sistema estes dados coletados durante as visitas. O enfermeiro também utiliza este sistema, assim como outros profissionais das equipes, porém com menor frequência.

A da gestante, por exemplo, elas já fazem. Se pega uma gestante mais avançada elas já fazem a ficha B, porque elas já montam a pasta com tudo isso e aí já alimenta o sistema também (...) Mensal ou.. a ficha A não, a ficha A teve o cadastro, elas chegam, também é uma orientação que elas têm, não acumular, não deixar pro último momento, é chegar e fazer e já...então, cadastro novo elas já passam no SIAB e a partir daí é que elas montam a pasta, que elas discutem, por exemplo, se teve uma doença referida, uma hipertensão referida elas já discutem o caso, montam outras fichas Ds (Enfermeira 7- USF Azul).

Qualquer mudança, por exemplo, a família mudou, vai tá instruído. Ele vem aqui, procura essa família e já faz. Não fica uma coisa acumulada não, é automático tá?, porque a hora que você pega, você faz o condensado, esses dados tem que tá resolvidos né? A gente pega o condensado geralmente lá para o dia vinte cinco,

vinte seis, vinte sete. Ele já tem que ter feito, alterado esses dados pra eu poder pegar um condensado realmente certinho. (Enfermeira 10- USF Vermelha).

...o SIAB é alimentado diariamente, se entra família, se entra gestante né, no fim do mês a gente fecha a produção, mas ele é muito dinâmico o mês inteiro tá já se alimentando. Geralmente os agentes comunitários é que alimentam as mudanças de SIAB... (Enfermeira 5- USF Laranja).

...cada agente alimenta a sua micro área (Enfermeira 3- USF Rosa).

...e no SIAB são as agentes. No encerramento do SIAB eu confiro os dados, porque às vezes elas passam números errados, então eu vou lá e confiro... Elas entram no SIAB todos os dias. Tem muita mudança, eles mudam de casa né, mudam muito aqui, então mudam direto (Enfermeira 8- USF Branca).

...os agentes, eles alimentam todos os dias.... diariamente os agentes estão em contato com o SIAB. (...) O sistema é alimentado pelo agente comunitário, pela enfermeira, e às vezes pelo médico e pela dentista..... no fechamento do SIAB é a enfermeira, alguns médicos participam, e a dentista, uma dentista participa ativamente (Enfermeira 2 – USF Rosa).

Identificamos, também, que freqüentemente o enfermeiro é o profissional que se responsabiliza pela alimentação do SIAB no momento do fechamento mensal, fazendo neste momento a alimentação dos dados de produção da equipe.

Geralmente os agentes comunitários né, que fazem as visitas domiciliares e lançam... agora quem faz o condensado geral é o enfermeiro (Enfermeira 10- USF Vermelha)

Os agentes, acho que quase que diário. Já os outros profissionais, usam para fazer alguma análise, mas pra alimentar geralmente uma vez por mês, no fechamento... (Enfermeira 6- USF Verde).

O banco de dados do SIAB para cadastro, o próprio agente comunitário alimenta o que ele faz..... Mas alimentar, gerar o disquete, fazer esse trabalho mais de condensar acaba ficando comigo e com as agentes, mas todos os profissionais têm o retorno disso. (Enfermeira 4- USF Amarela).

... nós enfermeiras também historicamente registramos muito melhor o que a gente faz do que... enfermeiros, auxiliares de enfermagem, a equipe de enfermagem mesmo, talvez porque a enfermeira é mais cricri mesmo pra fazer a informação... (em relação aos médicos): Eles fazem as fichas e depois eu passo a ficha pro sistema. (Enfermeira 7- USF Azul).

Eu particularmente entro no dia de passar o SIAB. E coloco as informações colhidas também pelos agentes. Eu só sento no computador pra mexer no SIAB no dia que tem que passar. (Enfermeira 1- USF Rosa).

Segundo as enfermeiras entrevistadas, em algumas equipes, todos os profissionais se responsabilizam pela alimentação do sistema, evitando-se desta maneira a centralização da atividade em uma só pessoa.

No SIAB, ele é mexido por nós. ...As enfermeiras. Ora tem também dentista que vem. Eles vem mexer. Ora tem médico também que vem e que faz (Enfermeira 1- USF Rosa).

O fechamento do SIAB a gente tenta revezar duas pessoas responsáveis por cada mês né, pra mesmo ter habilidade, porque há um tempo atrás eu ficava com isso aí eu entrei de férias e virava um angü, muitas dificuldades então, a gente tem tentado que as pessoas que tenham mais habilidade né, agora as fichas A é o agente comunitário que manipula, que passa as informações todas no computador (Enfermeira 9- USF Vermelha).

Se eu fizer um cadastro não vou passar pra agente comunitária passar no HYGIA e no SIAB, eu vou finalizar né, eu fiz o cadastro eu joguei no SIAB então todo mundo da equipe sabe mexer, produção é que às vezes nem todo mundo tem tanta habilidade, mas porque assim, o médico que não tem tanta habilidade de colocar, mas também aprende, também vê, porque quando eu não tô tem que fazer (Enfermeira 5- USF Laranja).

Quanto à utilização das fichas do SIAB (A, B, C e D) observou-se que a ficha A e D são freqüentemente as mais utilizadas pelas equipes, porém as fichas B e C são utilizadas com menor freqüência. Isto porque as fichas B não estavam disponibilizadas pelas SMS para as equipes e no caso da ficha C, segundo padronização do Ministério da Saúde, é uma cópia do Cartão da Criança.

... a ficha de criança, a ficha de criança a gente fez uma pequena alteração nela, no jeitão dela, na parte da carteira de vacinação pra facilitar um pouco o agente comunitário que tinha muita dificuldade na ficha que nos foi mandada anteriormente a gente fez uma modificação e atualmente, a gente tá discutindo o PSF X, porque bolou uma ficha gestante um pouco diferente, porque a ficha gestante que o Ministério manda ela é bem pequenininha assim, é uma tripinha pra cada gestante... então bolaram uma ficha, desse tamanho, com os dados da gestante e atrás... colocou a ficha criança também. (Enfermeira 9- USF Vermelha).

Fichas A, B, C, D, E F, G, (risos) a gente usa todas. (Enfermeira 7- USF Azul).

... Elas deixam essas fichas numa pasta pra que toda equipe tenha acesso então isso a gente tá ainda em discussão. Eu acho que fora a ficha criança a gente usa as do Ministério. (Enfermeira 9- USF Vermelha).

A de acompanhamento (ficha), hipertenso... o agente comunitário, porque a ficha B fica como uma doença referida né, então no cadastro a pessoa só vai falar se é hipertenso, se é diabético, em cima do cadastro você tem paciente diabético que nem você coloca algumas coisas assim da ficha B aí o agente comunitário preenche.... quando a gente faz um diagnóstico que no cadastro não tinha geralmente a gente também tem conversar com o agente comunitário né, falar olha ele teve diagnóstico de hipertensão, tem mais um hipertenso pra sua área. (Enfermeira 5- USF Laranja).

A ficha dos agentes são aquelas do SIAB, ficha A... parece que eles também estão começando a trabalhar com a ficha de gestante que também não tinha chegado aqui pra gente. Mas eles utilizam um caderno pessoal deles que é a forma que tem de registrar os dados. (Enfermeira 1- USF Rosa).

No que diz respeito à alimentação dos sistemas de informação o HYGIA foi muito citado pelas enfermeiras. A alimentação deste sistema, frequentemente, se dá pelo agente administrativo, profissional existente nas unidades administradas pela Secretaria Municipal de Saúde, no entanto uma das enfermeiras relatou que outros profissionais alimentam este sistema. Nas unidades que não são administradas diretamente pela SMS, em especial os Núcleos de Saúde da Família, o Sistema HYGIA, quando existente na unidade, é utilizado somente para cadastro de pacientes e checagem destas informações pelas equipes.

...o HYGIA quem alimenta ... é o agente administrativo. Ele que passa todos os procedimentos nossos (Enfermeira 8- USF Branca).

Na parte de HYGIA são os auxiliares de enfermagem, enfermeira e a gerente (Enfermeira 2 – USF Rosa).

A gente usa o HYGIA pra fazer o registro da pessoa no sistema, para acessar os dados que já estão informatizados, pra localizar os atendimentos que a pessoa fez, pra encaminhar pra citologia e pra encaminhar o paciente pra exame de urgência. É... só... porque agenda informatizada a gente não tem (Enfermeira 4-USF Amarela).

Nas falas das enfermeiras identificamos questões relacionadas ao preenchimento de planilhas do Floresce uma Vida. Esta planilha está relacionada ao SINASC, Sistema de Informação de Nascidos Vivos, que é um Sistema de Informações de Estatísticas Vitais que tem como objetivo reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados no país. No município de Ribeirão Preto, o Projeto Floresce uma Vida, criado com a finalidade de oferecer atenção especial à saúde do recém nascido, envia a terceira via da DNV das crianças nascidas em maternidades do município, anexado à planilha de Avaliação mensal do Floresce uma Vida, às unidades de saúde, para acompanhamento e monitoramento de ações desenvolvidas a esta faixa etária. Desta forma, as unidades de saúde são capazes de fazer a busca ativa de recém nascidos moradores da área, desenvolvendo ações necessárias de vigilância à saúde e posteriormente provocar mudanças epidemiológicas relacionadas aos indicadores de mortalidade infantil.

Além desse instrumento, além do SIAB, a planilha de recém nascido ela não foi suprimida pela Secretaria Municipal então a gente alimenta essa planilha... (Enfermeira 4- USF Amarela).

... a história dos nascidos vivos, da DNV, dessas coisas, pra nós ela existe, a gente usa isso como fonte de informação... Porque o pessoal do Floresce uma vida liga pra dizer que nasceram... (Enfermeira 7 – USF Azul).

Se considerarmos o SISPRENATAL ou HIPERDIA, observamos que as equipes não têm contato com o software, ficando, portanto, a cargo das mesmas a alimentação manual dos dados e envio das fichas para o nível central.

...O SISPRENATAL sou eu que faço, eu que abro o SISPRENATAL, eu que faço o cadastro pro município, eu que faço as fichas dos atendimentos mensal (Enfermeira 7 – USF Azul).

...a gente alimenta outros sistemas, mas a gente não fica tão próximo, tem SISPRENATAL que a gente manda relatório, mas isso fica pra informática da Secretaria e a gente manda outras informações pra Secretaria que com certeza geram dados de outros sistemas de informações, mas que a gente não acaba não tendo acesso nem do resultado disso né (Enfermeira 5 – USF Laranja).

O SISPRENATAL(...) A gente faz o manual, a gente cadastra, faz a ficha de acompanhamento, mas eu não sei como é esse, assim eu faço uma parte manual, mas eu não sei como é ele informatizado... (Enfermeira 6 – USF Verde).

5.2.4 O LIVRO EM BRANCO DA INFORMAÇÃO ESCRITO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O ENFERMEIRO COLABORANDO COM A OBRA

Os enfermeiros, neste estudo, apontam para necessidades de outros sistemas de informações na APS que atendam às necessidades da organização do trabalho nesta área e vão construindo outras formas de registro de dados que possam fazer sentido no cotidiano do trabalho, servindo de ferramenta para o diagnóstico local e medidas de intervenção com a potência de priorização das necessidades. Contudo entendemos que existe um livro branco do sistema de informação que vem sendo construído pelos profissionais das equipes de saúde da família com a finalidade de olhar para os dados com a conformação da agregação dos dados de forma diferente da que é realizada pelos sistemas de informação preconizados pela rede municipal de saúde e que tem a sua correspondência com sistemas de nível estadual e nacional.

Na APS, as ocorrências no modo de viver, trabalhar e sentir da população estão mais próximas da Unidade de Saúde da Família. A lógica da APS é que a equipe de saúde da família trabalhe com uma população adscrita, com a finalidade de poder estar mais próxima dos eventos que ocorrem nesta população. Ou seja, a equipe está mais próxima e vivencia em tempo real o que vai ocorrendo na comunidade.

As entrevistas com as enfermeiras retratam a necessidade de outras informações que possam dar conta da atenção à saúde nas várias dimensões da integralidade. Giovanella et al. (2002) relaciona:

- o ser humano como centro da atenção e não a doença;
- o ser humano ou o grupo visto na sua totalidade;
- a assistência propiciada nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde;
- o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual;
- e a interferência nas condições gerais de vida da população.

Para que a atenção à saúde individual e coletiva, objeto de trabalho das equipes, seja integral, as equipes vêm buscando caminhos inovadores que possam dar melhores respostas às necessidades da população. Muitas vezes esses caminhos estão repletos de criatividade e maior envolvimento das equipes, mostrando assim a vivacidade existente no trabalho. Para Merhy (1997), o trabalho vivo em ato é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações. Ele faz uma aposta na possibilidade de se constituir linhas de fuga para os trabalhos instituídos (trabalho morto). Diante dos ruídos, das interrogações da equipe de saúde da família relatadas pelas enfermeiras, existem linhas de fuga à procura de responder algumas interrogações sobre informação em saúde e SI, produzindo outras lógicas de constituição de banco de dados não institucionalizados, com potência para responder às necessidades de continuidade da atenção individual e coletiva e do SI como ferramenta para o trabalho do enfermeiro.

Pinto (2000), em seu estudo sobre os SIS na rede básica de saúde como instrumento de tomada de decisão, aborda a questão da contribuição dos SIS para a ampliação do modelo assistencial, de modo a contemplar ações de caráter coletivo rumo à integralidade da atenção à saúde:

Na construção de um modelo assistencial que também atenda aos interesses de alcance coletivo, nos moldes da integração sanitária, há necessidade de sistemas de informações também descentralizados, a fim de subsidiar os serviços como instrumento de construção da cidadania, à medida que possa ser produzido e analisado pelo nível local e que sirva como ferramenta analisadora dos processos instituídos e contribuam para a construção dos instituintes²⁰ (PINTO, 2000, p. 42).

Então, esses sistemas de informações criados pelas equipes, além de atender às necessidades percebidas por estes para fazer um diagnóstico e monitoramento eficiente, vêm auxiliar os trabalhadores a alimentar os sistemas de informações existentes, que muitas vezes

---

²⁰ Segundo MERHY (1997), chamamos de trabalho morto todos aqueles produtos meios que estão envolvidos no processo de trabalho e que são resultados de um trabalho humano anterior (concretização do trabalho vivo), já instituído, ou seja já constituído, produzido. O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, é o trabalho instituinte, ou seja aquele que esta em processo, produzindo.

funcionam como dados consolidados e incompletos para a equipe. Uma das enfermeiras entrevistadas descreveu os fatores determinantes e motivadores para a criação destes sistemas de informações paralelos.

Quando você olhava, principalmente para o item cadastro no SIAB e olhava assim, o que ele está me pedindo? De que forma eu vou chegar para o que o sistema está me pedindo? Que informações eu tenho que alimentar? Através daí a gente foi criando algumas fichas, de acompanhamento né. A ficha da criança, a gente criou a ficha da mulher, a gente criou, a recepção tem um impresso próprio de registro de produção. É tem outras coisas que a gente utiliza próprio pro SIAB, as fichas de acompanhamento, as fichas de produção individual de cada um, e as outras coisas que a gente foi criando. (Enfermeira 6- USF Verde).

Esses sistemas de informações podem apresentar-se de diferentes formas. Observamos que em algumas unidades de saúde as enfermeiras apresentaram como instrumento não oficial de registro de informações fichas produzidas e preenchidas pelos próprios profissionais das equipes e posteriormente arquivadas no prontuário individual, familiar ou arquivos criados na unidade.

...a gente tem uma ficha que a gente chama de... de retrato da família... é uma ficha que fica no prontuário da familiar e que tem as modificações: os óbitos, é...nascimentos elas colocam depois na ficha A, mas elas colocam a data do nascimento e aí tem um pedacinho, uma coluna dele que...desse documento, dessa ficha que...é...diz qual é a alteração: inclusão, exclusão, morte, nascimento, o motivo... então essas coisas a gente tem nessa ficha que fica junto com a ficha A. A gente tem como saber as coisas que tão acontecendo, a dinâmica da família né?, da vida vivida. Tem um, uma, acho que eu posso falar de sistema de informação que a gente usa aqui também justamente pra essas coisas que às vezes acontecem na família. Alguma modificação mais grave na família (...) que não pode ser registrada, a agente comunitária não tem nem como escrever detalhadamente o que aconteceu pra dizer porque que ela tá achando que piorou aquela família. Então, a gente mandou fazer carimbinhos de carinhas. Então tem a carinha feliz, a carinha normal da boquinha reta, e tem a da boquinha pra baixo que é a carinha triste. Então se tem algum acontecimento naquela família, uma morte, e a agente comunitária prefere não registrar isso às vezes por ser uma morte violenta, às vezes o diagnóstico de uma doença que ela nem conhece, mas que ela fica sabendo que alguém tá doente na casa né? Então...como uma quimioterapia que judiou muito da pessoa que fez, ela bate o carimbinho, porque quando os médicos pega o prontuário familiar bate o olho lá dentro do consultório ele sabe que teve alguma modificação naquele mês (Enfermeira 7- USF Azul).

...nós temos um impresso que não é do Ministério que é de revisitas, que vale por dois anos, é frente e verso. Então tipo assim, ela vai hoje na casa da dona Maria, ela conversa com a dona Maria, ela pede pra dona Maria assinar e ela coloca a data. Então ali foi a visita que ela fez....Só na ficha A. Na ficha A. No prontuário não, não é feito (Enfermeira 9- USF Vermelha)..
Porque a gente tem o total,... eu tenho um papel, ali na pasta A-Z de cada agente por rua, e aí também a gente vai atualizando, então quantos hipertensos, quantos diabéticos, quantas gestantes, quantas crianças menores de 01 ano, e aí quantos soropositivos, quantos MH, quantos Tb, e quantos alcoolistas e quantos pacientes

fazem seguimento com o psiquiatra... Então fica fácil pra você pegar esses dados quando alguém te pede... (Enfermeira 3- USF Rosa).

...tem uma ficha chamada ficha de revisitas que é...essa ficha foi criada aqui na Unidade...Então a gente faz a visita domiciliar e anota e essa pessoa na casa assina qualquer observação que ele tenha que trazer para equipe ela está nessa ficha de revisitas que a gente chama (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Em outras equipes os instrumentos utilizados são os tradicionais cadernos, usados pela equipe de enfermagem para registrar dados e informações referentes aos pacientes que buscam assistência de enfermagem em diversos setores da unidade de saúde, como sala de curativos, sala de medicação, recepção, acolhimento, etc. Estes cadernos têm a finalidade de armazenar informações de pacientes e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, evitando, assim, que estes profissionais busquem a todo o momento o prontuário do paciente para fazer tais registros, além de auxiliar os enfermeiros nas atividades relativas à supervisão, monitoramento da população atendida e, em outros momentos, auxiliarem outros profissionais em atividades de pesquisa. Além dos cadernos descritos acima, encontramos neste trabalho relatos de cadernos utilizados pelas equipes para registro de informações coletadas durante as discussões de famílias, a fim de sistematizar o planejamento de ações definidas durante a reunião da equipe para solução de problemas.

Eu tenho um caderninho... pego os dados aí eu deixo nesse caderninho né, pra eu ter da área do meu PSF, planejamento eu trabalho assim.... Do bolsa família também tenho uma listagem assim comigo manual.(Enfermeira 9- USF Vermelha).

...(caderno de registro de informações).tem do programa, é bom, do protocolo que eu criei aqui, do alcoolismo. Tem do registro do pré natal, do curativo, do pezinho, (Enfermeira 1- USF Rosa).

...a gente tem um caderno pra controlar as guias de referência. A gente acabou coletando e vendo do que a gente atendia, quanto que a gente encaminhava pra especialidade e o que que a gente resolvia, o número de atendimentos, quanto que era encaminhado, pra onde, então não acho que seja, que tenha sido criado pra sistema de informação, mas é um sistema (...) os agentes comunitários têm o caderno individual deles que é uma informação, tanto que pra fazer pesquisa pra procurar coisas de informações todo mundo vai no caderno do agente comunitário né, que é não oficial. As fichas da recepção que tem por endereço, que tem por nome, que são coisas que a gente criou pra tentar ajudar, têm muitos controles que a gente vai criando que eu não sei se são sistemas de informações, mas que se a gente precisa de informação a gente acaba vendo e buscando então guia de referência é numerado pela Secretaria, mas a gente tem um caderno pra controlar o guia de referências que é numerado aí tem o nome, a informação, data de nascimento, pra onde que a gente encaminhou, a data que encaminhou, o HYGIA, ... na verdade o caderno foi feito pra uma coisa, mas outro dia a gente usou ele pra

uma pesquisa, é uma informação. ...tem muitas coisas assim também que são caderninhos...que ficam lá na recepção pra organização, que eu nem sei se classificam como sistemas (Enfermeira 5- USF Laranja).

...a gente registra isso muitas vezes num caderno que a gente tem pra registrar as discussões de família e elas muitas vezes registram no prontuário familiar, elas fazem relatórios no prontuário familiar a não ser que sejam relatórios assim que possa colocá-lo em risco, alguma coisa que a família não quer que seja comentada e aí então, elas acabam comentando, discutindo com a gente, a gente anota num outro lugar pra ter isso registrado, mas não no prontuário de família que é justamente pra não correr o risco... a gente restringe algumas informações, mas anota num caderninho aquilo. A gente tem um caderno que é como se fosse uma ATA, né?, que a gente anota as discussões de família e essas coisas são anotadas lá (Enfermeira 7- USF Azul).

...eu tenho o livro do pré natal, pezinho, eu tenho o livro do pezinho, do planejamento familiar: eu tenho o livro do planejamento familiar, e aí eu tiro os atendimentos do HYGIA no final do mês, eu puxo os atendimentos do HYGIA, e bato com os atendimentos que agente faz nestes locais. Mas no mês agente faz visita domiciliar, eu tenho o livro da visita domiciliar, e quando agente faz a visita agente também anota, então eu tenho vários livrinhos que agente acaba anotando... A gente coloca o nome do paciente, número da família.... agente anota qual foi o motivo da visita, e qual foi a conduta que agente tomou. Mas isso vai depender também de quem anota. (Enfermeira 2- USF Rosa).

Tem o livro. Tem um livro tipo ATA, para gravidez, esquistossomose, dengue, tem o livro de notificação compulsória, tem a pasta separada de esquistossomose, porque você tem que dar continuidade para você não perder, então são 4 meses, eu notifico hoje, trato, daqui 4 meses ele tem que colher e tem que ficar atenta, né. Então a gente tem o livro de esquistossomose, do planejamento família(...) Eu trouxe de casa um caderno espiral, então hoje agora eu pego o caderno e vou anotar, data de hoje... as quatro casas. Então o que eu fiz na paciente, qual foi o meu compromisso... então eu anoto o que encontrei, a pressão arterial, tudo o que eu fui anotando no papelzinho. Então eu anoto no caderno e na Ficha HYGIA... (Enfermeira 3- USF Rosa).

Segundo Campos (1997), o trabalho em saúde para ser resolutivo e eficaz dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos profissionais responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública. Aqui entendemos autonomia como o profissional sendo possuidor de um certo grau de liberdade, além da capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros, a fim de se obter um trabalho eficaz. Ainda segundo este autor, para se enfrentar o inesperado, exige-se dos profissionais improvisação, criatividade e iniciativa. Durante este estudo, identificamos através das falas das enfermeiras que algumas equipes lançaram mão da criatividade e passaram a utilizar quadros brancos em salas de reuniões ou de discussões de famílias para registrar as informações de pacientes, famílias e comunidade local. Desta maneira, além das informações serem freqüentemente atualizadas, todos os profissionais participam do processo de alimentação de

dados, e conseqüentemente, a informação passa a fazer sentido para esses profissionais da equipe. Outra vantagem observada com a criação dos quadros é a divulgação sistemática dos dados para toda a equipe e outros profissionais que participam das atividades das unidades, como alunos, residentes, profissionais visitantes e gestores.

...a gente tem um quadro que também é um sistema de informação se a gente for pensar. Lá na sala de reunião tem um quadro que fica mês a mês, colocado: quantas crianças nós temos, quantas gestantes nós temos, esses principais grupos aí, criança até dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, acamados, a gente bota lá algumas coisas até que o SIAB não tem, por exemplo, os acamados você não tem onde colocar no SIAB né?E a gente te ali, apesar de não tá muito atualizado, porque a gente tá fazendo uma discussão agora a respeito dos acamados então ela não tá atualizada, mas tá lá no quadro, pra gente colocar, números de visitas que foram feitas (...) também tem essa história de que quando você tem que passar a informação é... a gente cobra mais, se cobra mais e cobra mais das pessoas, é o caso que eu tava falando pra você do quadro lá, porque se não tivesse o quadro lá a gente continuaria nessa coisa, ah gente não tô registrando (Enfermeira 7- USF Azul).

...do SIAB a gente faz alguns outros quadros que fica na sala dos agentes. Então a gente montou uns quadros que ficam lá na parede que têm gestantes, porque o SIAB lhe dá números né, você tem dez gestantes, mas quem são as dez gestantes? Então a gente coloca lá quem é a gestante, a data provável do parto, a família, a microárea, fatores de risco né. Fizemos isso pras crianças menores de dois anos também, porque a gente tem um número pequeno de gestantes e crianças então cabe no quadro. Acamados a gente tem um número grande, mas que chega a caber no quadro, ...pra gente fazer um acompanhamento mais de saber, bater o olho e saber microáreas tal têm tantos acamados né, agora hipertensos e diabéticos que é o grosso do que a gente tem a gente só tem o número mesmo lá. Então eu acho que o SIAB como ele é numérico, a gente sente falta de ver quem é né, então esses quadros ajudam bastante a hora que a gente quer saber onde acompanha, a gente bate o olho lá a gente já sabe quem é. Poderia ser melhor se a gente desse conta de colocar data da consulta, se faltou, não faltou, mas é muito dinâmico, isso a gente tem, colocamos no campo lá, data da próxima consulta, mas a gente não consegue manter atualizado, de apagar e colocar. ... A gente tem muitas coisas manuais, eu falo que a gente ainda tá na era pré-informática pra algumas coisas aqui no Núcleo pelo menos, porque a gente tem as fichinhas de endereço por ordem alfabética, de pessoas por ordem alfabética também, então muita coisa é manual porque não casa o HYGIA com o número das famílias (...) O quadro das agentes geralmente cada agente comunitário cuida da sua microárea e atualiza, mas qualquer um pode mexer.... quem faz o atendimento pode atualizar o quadro né, quem recebeu a notícia pelo telefone que nasceu o nenê, tirar a mulher como gestante e incluir o nenê como RN né, então eu acho que não é só da agente comunitária aquele quadro, acho que todo mundo da equipe pode e deve também atualizar (Enfermeira 5- USF Laranja).

Identificamos, que mesmo criando SI não oficiais, as enfermeiras continuam avaliando o sentido do registro e da possibilidade de dar continuidade aos mesmos.

Única coisa que eu tenho comigo é quanta citologia eu colhi desde que eu aprendia colher até hoje. É um caderno meu que eu guardo pra mim. Eu tentei montar um caderno com as famílias das microáreas que seriam mais problemáticas, mas eu

não dei conta de continuar com isso sabe, eu acho que ficou uma coisa muito grande, que num caderno não ia caber, então eu prefiro saber que eles existem, hoje eu já tenho isso na minha cabeça quem são, o que que eu devo fazer e abandonei esse, essa anotação.(Enfermeira 8- USF Branca).

Identificamos também que muitos destes instrumentos utilizados pelos enfermeiros para registros de dados atendem grupos populacionais (acamados, dengue, doentes de aids e saúde mental) não contemplados pelos sistemas de informações existentes. Para Pinto (2000), no sentido de representar a realidade heterogênea e desigual das regiões, os sistemas de informação precisam conter informações desagregadas sobre as condições de vida e saúde e os diferentes riscos, no interior do município, por distritos e áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, para que possa ser analisada por gestores, gerentes e clientes envolvidos com o processo de construção do SUS, no momento da tomada de decisão. Este fato já é conhecido pelo MS e o Datasus²¹ afirma que “De acordo com a Secretaria de políticas de saúde do Ministério da Saúde, a realidade atual dos sistemas de informação na área de atenção básica tem as seguintes características:

1. Os atuais sistemas de informação da atenção básica controlam os dados de forma pontual e verticalizada;
2. As áreas técnicas do MS e tanto as secretarias estaduais como as municipais de saúde não conseguem, de forma eficiente, realizar o acompanhamento das ações para um determinado usuário do SUS;
3. Os atuais sistemas não permitem o conhecimento da situação de saúde a partir dos registros dos atendimentos na atenção básica”.

Isso não é um indicador formal, mas ele se transforma num indicador importante de trabalho pra organizar essa visita mais rápido... de gestante não tá no SIAB. Tá lá, acompanhada ou não acompanhada. Às vezes é não acompanhada porque ela segue no convênio, nós não temos vínculo direto, porque ela não quer, mas às vezes é nossa, tá faltosa. Então, não dá pra saber só por esse item não foi acompanhada se é por falta no serviço ou porque ela segue no convênio. Só um olhar mais apurado daquele volume é que vai me dizer. ... Temos cinquenta acamados, que é um outro olhar e indicador que a própria assistência é...é o

²¹Disponível em: < http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates_3.cfm?debate=59&txt=212> Acesso em: 20 abr. 2007.

processo de trabalho que a nossa necessidade... não tá nos sistemas de informação. Você tem que criar mecanismos paralelos de controle. Hoje a interface nossa com a psiquiatria pra casos de transtornos... é grande e não está... não existe formalmente ficha de acompanhamento é nós que vamos identificar isso como uma prioridade (enfermeira 4- USF Amarela).

....teve a primeira campanha de gripe em noventa e nove aí nós começamos a ir atrás de idosos e descobrimos acamados, situação que era desconhecida pelo modelo anterior que vai e bate na porta pro que tá numa situação de restrição doméstica isso não tem um boletim oficial, nós fazemos, temos um controle pra isso.... um livro que fala que idoso que é esse, quem é o médico de referência na Unidade, se faz seguimento só nesse serviço ou se tem seguimento secundário... Tem o registro de quem são esses moradores, quem é cuidador da casa terapêutica. (Enfermeira 4- USF Amarela).

... no SIAB não me pede soropositividade, você não põe isso no SIAB, mas eu ponho ali. O SIAB não pede alcoolismo, mas eu não tenho nesse papel, ali na pasta A-Z... Na sala de curativos tem a ficha, que é da secretaria né... (Enfermeira 3- USF Rosa).

Os sistemas de informações criados pelos enfermeiros e suas respectivas equipes também contemplam grupos populacionais priorizados pelos SI oficiais (municipais, estaduais e federais), porém neste caso as equipes buscam qualificar e personalizar os dados e informações, já que estes SI estão mais voltados para o coletivo e apresentam dados quantitativos.

Tem a ficha da gestante... que uma agente comunitária da equipe da enfermeira N que fez e a gente usa essa ficha pra fazer visita. É onde tem uma parte da...do agente comunitário .....e uma parte que possa toda a equipe anotar naquela ficha...Eu sei quantas gestantes eu tenho na minha área, a gente acompanha é...bom os hipertensos, diabéticos também né?, mas a gente tem essa ficha onde a gente guarda todas as gestantes por agente. Então você consegue todo movimento se a gestante falta, qualquer coisa, o agente vai lá e anota. Ou se essa paciente procura a Unidade, tem alguma intercorrência eu vou lá e anoto. É bem dinâmico esse acompanhamento (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Então hoje vai o SIAB pra Secretaria Municipal e o relatório impresso de produção que o próprio SIAB te dá essa produção né?, pra...pro CSE e pra ter uma noção é uma produção quantitativa e nós temos no Núcleo um boletim idealizado aqui, que ele é qualitativo né?O que o SIAB não nos dá é condição de dizer que grupo que é esse, que reunião técnica é essa, que assessoria que é essa. Uma grande produção de procedimentos de enfermagem que o SIAB é duro, ele não absorve, mas que você tem que ter (...) pra aguardar exame, pra circulação e de ginecologia, pra fazer atendimento de telefone, para fazer a pré e pós consulta que ela enxuga, mas ela não acaba, SIAB não me dá isso se eu não quantifico isso em outro instrumento é como se o auxiliar fosse ocioso. (Enfermeira 4- USF Amarela).

Estamos preenchendo uma tabela e a última coluna é exatamente essa, é a pendência para o próximo mês. E aí fica pendências tipo: ver vacinas, reorientar alimentação, apoiar a mãe, ver cuidados, se vai sair para trabalhar e como vai ficar essa criança agora? Ou até mesmo como vai ficar essa mãe? Então esse SIAB que a gente tá fechando junto ele tá permitindo que a gente olhe mais pra ele, porque, o SIAB você olha números, mas a gente tava querendo olhar nomes, situações, detalhes, coisas mais individuais. E aí a gente tá conseguindo agora através deste banco de dados que tá caminhando junto com o SIAB, ele na verdade são informações do SIAB mas ele tem nomes, quem é a criança, filho de quem... (Enfermeira 6- USF Verde).

5.2.5 AS DEBILIDADES DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ÓTICA DOS ENFERMEIROS

Durante este estudo muitas dificuldades foram relatadas pelas enfermeiras no que diz respeito ao uso dos sistemas de informações. Essas dificuldades podem ser classificadas em: dificuldades relacionadas à alimentação dos sistemas, à análise dos dados consolidados, aos treinamentos e capacitações/ atualizações das equipes, ao *feedback* dos dados, à existência de modelos assistenciais diferentes na mesma unidade de saúde e dificuldades referentes ao próprio sistema, neste caso ao SIAB e ao HYGIA, sistemas de informações mais citados pelas enfermeiras.

No primeiro caso, as dificuldades relacionadas à alimentação dos sistemas se devem, segundo relato das enfermeiras, à falta de equipamentos adequados, ou ao número insuficiente para atender toda a demanda das Unidades de Saúde da Família. Para driblarem a falta de equipamentos, muitas vezes as equipes se organizam e constroem escalas de trabalho para a utilização do SIAB, ou quando a necessidade está relacionada ao sistema HYGIA, a falta de equipamentos e o não cadastramento e liberação de senhas para a utilização de programas como o PROGVAÇÃO tem sido considerado um fator dificultador para a realização do trabalho em saúde da família.

Então o computador, agora que ele saiu da sala dos agentes, ele veio para esse outro espaço, eles estão queixando, eles acham que tem que programar com hora pra usar aqui e na hora que chegam aqui tá ocupado, aí vai fazer outra coisa e aí esquece, porque já tinha que ter alterado aquele dado no SIAB... um computador na unidade é pouco (Enfermeira 6- USF Verde).

A gente tem uma outra dificuldade. A gente tem um computador e 24 agentes comunitários, e existe uma panelinha que usa o computador. Porque tem os dias das equipes, e são seis agentes em cada equipe, e eles vão rodiziando entre eles pra poder fazer essa alimentação (Enfermeira 2- USF Rosa).

Olha, nosso computador ele fica um pouquinho quebrado. Tem hora que ele fica fora do sistema, mais com o computador é... não é assim nada de, é o aparelho mesmo. Aí tem essa dificuldade nesse sentido (enfermeira 8- USF Branca).

...o HYGIA ainda to conhecendo, mas acho que vai ter a dificuldade do próprio aparelho, só tem um computador que fica HYGIA, fica SIAB, na verdade só não tá no mesmo o SIAB, porque a gente tá com o da Farmácia emprestado pro HYGIA,

porque senão estaria no mesmo do SIAB. E acho que dificuldade vai ser o equipamento que por enquanto a gente tem menos do que deveria ter, vai congestionar o equipamento pro caso do HYGIA (Enfermeira 05 – USF Laranja).

... essa busca no PROGVACINA pra gente recontar as vacinas da nossa clientela né, nós temos uma dificuldade pra isso, porque que nem, eu não tinha senha de PROGVACINA aí minha filha pra fazer esse cadastro, uma coisa tão básica assim, uma dificuldade, uma dificuldade, até que conseguimos pra que a gente entrasse no PROGVACINA aqui no nosso computador da sala do PSF, porque a sala de vacina não dá pra gente entrar lá dentro e sentar lá né, e ver como que tá a vacina da família X né, mas até pra isso nós tivemos dificuldade... em relação à informática, nós temos, aí minha filha, parece que a coisa não vai Andréia, a coisa emperra, não vai, sabe? Apesar de ter pouco tempo né (Enfermeira 9- USF Vermelha).

Ainda em relação à alimentação do sistema de informação da atenção básica a falta de tempo foi considerada um fator importante.

...eu acho que a gente tem que ter mais tempo, porque a gente não tem, eu não tenho muito tempo também, tipo assim, eu fico pensando, será que se eu tivesse algumas, se eu conseguisse pelo universo de informações maior, será que eu ia conseguir fazer mais alguma coisa? Não sei. Eu acho muito pouco tempo pra gente desempenhar as atividades que a gente tem sabe, que nem, na escola, como que eu vou pensar fazer alguma coisa em escola, que horas ....Eu não vejo tempo, enquanto a gente tá muito amarrada aqui ainda, muito aqui dentro. (Enfermeira 9 – USF Vermelha).

...não é dificuldade minha de alimentar nem nada, é o tempo pra vir aqui e fazer isto. Porque é tanta coisa pra fazer lá fora que aqui fica difícil até.... (Enfermeira 1- USF Rosa).

Em relação à análise dos dados consolidados, as dificuldades relatadas referem-se também à falta de equipamentos adequados e em funcionamento, dentre eles o próprio micro computador e a impressora, que em alguns casos não funcionam há muito tempo. Nestes casos as equipes acabam solicitando ao nível central os consolidados para que a análise dos dados e conseqüentemente o diagnóstico local e o planejamento local seja feito. Nesse sentido, acredito que a descentralização da produção das informações em saúde fica prejudicada, impossibilitando a mesma de ser ágil, atualizada, completa e fidedigna. Segundo Brasil (2005a) “a descentralização, princípio constitucional do SUS, implica a necessidade de o município, os distritos, as unidades de saúde, os profissionais, os Conselhos de Saúde e outras organizações da população participarem ativamente da produção dos dados e também de serem capazes de organizá-los, analisá-los e utilizá-los para identificar problemas, caracterizá-los, estabelecer prioridades, propôr estratégias para seu enfrentamento e mobilizar pessoas e recursos para que as

ações sejam concretizadas. É importante, também, que a informação produzida seja divulgada a quem produz o dado, a quem planeja ações de saúde e à população em geral, particularmente a diretamente afetada pelo problema ou usuária do sistema de saúde em dada região”.

Só na Secretaria, tem que pedir pra informática tirar...Eles tiram e mandam pra gente. Aí você tem uma idéia global da área de abrangência ... (Enfermeira 8- USF Branca).

Os relatórios que eu acho que a gente precisaria tirar pra tentar olhar um pouco mais...então eu já acho assim uma dificuldade. (Enfermeira 9- USF Vermelha).

Para algumas enfermeiras a falta de tempo para a alimentação e análise de dados consolidados está relacionada com o trabalho em unidades de saúde mistas, visto que muitas delas ficam sobrecarregadas com o volume de atividades e o trabalho desenvolvido acaba sendo desorganizado e com dificuldade de planejamento de atividades diárias.

A Unidade, ao tempo de você ter disponibilidade pra tá trabalhando. Então, é o que eu falei, a gente fica truncada metade de um lado, metade do outro. Você tá aqui, de repente falta alguém você tem que cobrir plantão, largar o PSF pra cobrir plantão, entendeu? Não tem uma, uma...pra você planejar. Muitas vezes eu planejo tanto o meu trabalho, só que eu chego aqui o meu planejamento tá (?), entendeu? (...) Por ser uma Unidade Mista é muito complicado desenvolver o trabalho, porque a gente fica dividido, muito dividido entre Unidade e PSF. Você fica na realidade com o trabalho truncado, porque você não realiza nem bem uma coisa e nem outra (...) aí eu vou ter que ver um outro dia pra eu dar continuidade a isso que eu planejei pra hoje. Então fica uma coisa muito...que não dou conta em estar num negócio onde tudo que você faz é muito correndo (Enfermeira 10- USF Vermelha).

...nem dá muito pra te falar tipo assim, o meu trabalho no PSF sem eu falar que a gente é meio enfermeira... por conta da gente cobrir entre aspas os plantões da UBS a gente entre nós, entre três enfermeiras e agora tá chegando uma outra, a gente divide os plantões da Unidade que são dez plantões né, esses dez plantões a gente divide entre nós e o que sobra a gente dedica para as atividades do PSF ...Quando não tem grupo, aí a gente realiza uma reunião, que é uma reunião assim geral tanto pra discussão de casos... tanto pra discussão de casos, informes, tudo né, o que dá, o que é viável de ser discutido numa reunião acontece. .. eu sou vinculada ao aprimoramento dos agentes comunitários de saúde ... eu faço visitas do PSF que são programadas assim, que são drenadas nas reuniões (Enfermeira 9- USF Vermelha).

Em relação à divulgação das informações para a equipe, algumas enfermeiras referiram que não o fazem por falta de equipamentos (impressoras) para disponibilizar os dados para a equipe. Em outro caso, observou que a enfermeira não divulga os dados em reuniões ou discussões de equipe, pois acredita que o livre acesso da equipe aos dados no sistema é uma maneira de divulgação.

A gente tira super pouco, mesmo porque pra gente, a nossa impressora. Os relatórios né?...Nós temos, sempre tivemos dificuldades pra imprimir esse relatório ta? Você vai imprimir, ele sai, ele sai, ele não sai inteiro... a gente não consegue imprimir os relatórios (Enfermeira 9- USF Vermelha).

A gente tem que pedir na informática. Quando a gente precisa atualizar SIAB em termos de hipertensos, diabéticos como que ta a porcentagem de adesão, a gente pede pra eles mandarem um papel (Enfermeira 8- USF Branca).

... a produção que eu acho que é menos mas o consolidado ele fica na, o computador fica na sala dos agentes, todo mundo mexe também no consolidado. A gente não tem o hábito de falar pra equipe, olha o nosso fechamento do mês foi assim, tantos pacientes, cobertura então a gente não faz, realmente parte do interesse da pessoa saber o dado. O dado ta lá no computador, é só imprimir, só puxar a informação, a gente não discute a produção, não discute o dado em si, de levar na reunião e falar, mas ta lá, quem, de vez em quando os residentes têm uma tarefa pra fazer eles vão atrás .... A não ser que a gente tenha uma tarefa mesmo da equipe, vamos olhar, vamos programar atividade, vamos olhar quem que tal (Enfermeira 5- USF Laranja).

Como a gente tem feito a reunião de quartirão em dia de reunião de equipe praticamente a gente não tem se encontrado em reunião de equipe mesmo, porque eu recebi um dado que eu pedi de agosto e eu não disponibilizei pra ninguém. Ficou comigo, porque eu queria ver uns dados pra eu até ta passando pra equipe acabei não passando. (Enfermeira 8- USF Branca).

A falta de treinamentos e capacitações ou atualizações das equipes também foi um fator importante para as debilidades dos sistemas. A maioria das enfermeiras declarou que suas referidas equipes receberam treinamento no momento da implantação das equipes e que atualmente a maioria dos membros das equipes foi substituída.

...o HYGIA não(treinamento). O HYGIA eu to até na fila do treinamento, mas o SIAB sim né, todo mundo praticamente mexe no SIAB. Teve quando eu comecei, teve o primeiro treinamento no Núcleo do Introdutório, onde foi abordado um pouco, teve um treinamento na DIR que eu acho que a gente foi, mas nem lembro carga horária nada, isso foi pra primeira equipe. A primeira equipe já mudou muito, a equipe vai mudando e não teve um treinamento pra quem foi entrando, quem vai entrando vai aprendendo com quem tava (Enfermeira 5- USF Laranja).

... quando os núcleos começaram a gente não teve orientação pro SIAB, eu acho que teria mais coisa pra fazer, mas a gente não sabe, eu acho que teria mais coisa que ele poderia oferecer pra equipe mas a gente não sabe...Olha teve um treinamento muito assim, mal programado, mal planejado. Quem deu o treinamento a convite da SMS foi uma enfermeira, porque ela tinha trabalhado no Ceará, e tinha uma experiência um pouco maior, mas eu não sei, se isso foi o adequado, o suficiente...ela passou as coisas da prática, mas eu fico me perguntando será que não tem mais coisa, por trás do que ela usava, do que ela aprendeu a fazer, será que não oferece mais coisas...foi esse o treinamento. (Enfermeira 6- USF Verde).

Quando veio o SIAB, que a gente foi lá, nós fomos, não sei se foi na CODERP, acho que foi na CODERP na época? Faz tanto tempo Andréia, mas teve (...) Acho que no comecinho, acho que quando a equipe foi cadastrada. ...Acho que foi um dia ... Acho que foi na CODERP com várias enfermeiras. (Enfermeira 9- USF Vermelha).

... foi mais na parte quando ia começar a fazer o cadastramento, então pra ver o que que é, e atender a necessidade, nem utilizando a ficha A. No caso um cadastro mesmo, que na realidade era pro cartão SUS, esse treinamento que a secretaria deu. E acabou falando na época, falou do SIAB, pra aproveitar os dados que eles estavam fazendo pra preencher a ficha A, e alimentar o SIAB. (Enfermeira 2- USF Rosa).

Todo mundo sabe mexer no HYGIA. No SIAB não. Na Secretaria nós tivemos também como entrar no HYGIA, como pensar em trabalhar com ele, mas é no dia a dia que você vai trabalhar com ele né, então se tem dificuldade você tem que ir lá, sentar e cadastrar, fazer o que você tem que fazer...sobre o SIAB teve treinamento só pras agentes (...) uma auxiliar de enfermagem. Ela foi no treinamento de SIAB depois ela passou pras agentes e pra nós né... foi um treinamento grande. Me parece que foi uma semana inteira (Enfermeira 8- USF Branca).

Ainda em relação aos treinamentos, algumas enfermeiras referiram que tanto no caso do SIAB quanto do HYGIA, as mesmas aprenderam a manipular o sistema após leituras de manuais, manipulando o próprio sistema ou quando colegas de trabalho as ensinavam. Para potencializar o uso adequado do Sistema HYGIA pela equipe, as enfermeiras podem realizar uma integração com o nível central da SMS por meio do Departamento de Informática, promovendo a educação permanente dos funcionários, sobre os principais princípios de funcionamento dos módulos do sistema, sua finalidade e utilização.

Não, a gente vai aprendendo fuçando... SIAB a única coisa que eu tive de treinamento do SIAB foi no introdutório, assim mesmo não foi um treinamento, porque eu considero treinamento assim, quando você senta na máquina, você pode mexer, pode alguém te orientar em relação a isso. E eu não tive isso, a gente foi aprendendo pelo manual, pelo...mexendo mesmo no programa foi como a gente foi aprendendo a mexer. ... Deve ter sido quatro horas nem isso. Foi uma pessoa da DIR não lembro nome dela. Mas ela só mostrou as fichas, a ficha A, ficha B, como que elas tinham que ser preenchidas e falou alguma coisa do programa... (Enfermeira 7- USF Azul).

A gente troca o pneu com o carro andando, nós aprendemos fazendo, errando, fazendo de novo, lendo manual. Alguns momentos a gente teve uma ajuda do funcionário que era da DIR XVIII. Hoje o Brás acho que fica na Secretaria Municipal. Mesmo a Secretaria Municipal aprendemos juntos, algumas vezes o programador vinha, instalava o programa e falava de coisas que não podiam acontecer(Enfermeira 4- USF Amarela).

Então assim, deve ter recursos mesmo por mais simples que eles sejam se bobear tem coisa que eu não sei ainda, é mexendo que a gente vai aprendendo né. Tem o manual que dá pra gente consultar, mas não teve um treinamento tão formal de carga horária pra mexer não. Do HYGIA eu só começo a mexer se me ensinarem, porque eu me recuso a aprender fuçando... (Enfermeira 5- USF Laranja).

...mas eles aprenderam mesmo foi no uso, no dia a dia... (Enfermeira 2- USF Rosa).

Eu aprendi o HYGIA aprendendo com os outros no dia a dia. (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Identificamos que a falta de comunicação entre equipes e setor de informática do nível central é um fator importante na existência de falhas. Observamos durante o trabalho que algumas enfermeiras desconhecem a necessidade de atualização da base de dados (localizada no nível central) após alterações feitas no cadastramento de dados no nível local. Quando este fato era conhecido, a enfermeira afirmou que devia-se ao fato de passarem pelo conhecido “tentativa e erro”.

Se gera um disquete que você digitou e não reorganiza a base de dados ele não assume, mas nós aprendemos isso na tentativa e erro. (Enfermeira 4 - USF Amarela).

Eu já fiz tanta notificação né, já cadastro de hipertensos, diabéticos e o número, eu acho que tá baixo pelo SIAB, porque é tanto, tanto que você faz, mas você não vê produtividade, não vê a coisa como deveria ser né? Às vezes tem uma agente comunitária com quarenta diabético e com quarenta hipertenso ou dezessete diabéticos, você sabe que tem mais naquela microárea dela. Então eu pedi pra dar uma analisada nesse esquema e eu queria saber o número de mulheres que eu tinha em idade reprodutiva, então foi por isso que eu pedi esse último condensado. (Enfermeira 8- USF Branca).

As enfermeiras consideraram que a falta de informatização dificulta a consolidação dos dados e a análise dos mesmos.

...se você quiser você tem que olhar pasta por pasta, e fica lá porque você não tem tempo pra fazer isso, pra fazer uma análise grosseira, um trabalho desses assim. E você fica assim, poxa vida eu tenho aqui informações de um monte de coisas, de citologia, de câncer de mama, de contraceptivo, quem usa o que, quem não usa nada, eu tenho essas informações ali na ficha da mulher. Vacina de mulher, é uma coisa que acaba olhando pra gestante mas e aí e o grupo mulher como um todo? E não tem como. Tá lá a informação, no prontuário da família, mas em nenhum outro lugar. Eu acho que a gente perde muito né. Montar um instrumento, saber do valor dele, e não conseguir aproveitar tudo o que ele pode te dar a partir daí (Enfermeira 6- USF Verde).

Em relação aos próprios sistemas observou-se que no SIAB as dificuldades encontradas estão relacionadas com a falta de flexibilidade do mesmo e de se trabalhar com um sistema que não comporta dados de diferentes regiões epidemiológicas. Silva (2003), em seu estudo sobre o SIAB e sua implantação na região de Ribeirão Preto, também identificou que como característica negativa do sistema, o número limitado de doenças ou condições referidas codificadas na ficha A não refletia a realidade local.

Eu acho ele duro, ele contempla um certo momento e uma certa região epidemiológica, na nossa região fica com algumas falhas como eu te coloquei. Algumas morbidades que acontecem conosco no Sudeste elas diferem e o programa foi idealizado pro Norte, Nordeste. Se você tiver crianças trabalhando o sistema não aceita. Então, é uma...pra mim um viés absurdo do SIAB. Você tem menor de quatorze anos se quiser dar um X no item trabalho ou não, você não avança vai dar sempre um apito lá: erro, erro, erro... Então isso é um viés. Eu acho que esse, pra mim é umas das questões importantes e às vezes a ficha cadastral pra nós ela é uma foto né? E ela tem que ser continuamente realimentada e às vezes pode dar pra equipe uma idéia de que você fez uma vez o cadastro e não precisa refazer, aí realimentar o sistema ... Tivemos que redigitar tudo de novo, porque não existia como reprogramar, fazer um recorte, como às vezes recorta e cola em alguns programas, no SIAB não tinha. Tem que zerar tudo e partir do zero, isso é uma dificuldade. (Enfermeira 4- USF Amarela).

Eu acho que a gente não sabe utilizar o SIAB do jeito que ele tem, no caso do SIAB especificamente, o que ele oferece. Mas por outro lado tem coisa que a gente produz e ele não comporta. Às vezes a gente quer marcar alguma coisa, por exemplo vacina, vacinação, especificar, a gente não consegue, não tem acesso. Então um monte de coisa que a gente faz, não contempla. E outras coisas que ele contempla e a gente acaba não utilizando tanto, de uma forma mais produtiva. (Enfermeira 2 - USF Rosa).

No que se refere ao sistema HYGIA, as dificuldades encontradas estão relacionadas ao próprio funcionamento do mesmo que muitas vezes fica fora do ar ou com problemas operacionais.

Se mudar do jeito que tão falando, eu acho que vai ficar bom. Agora se essa mudança for lenta e gradativa vai complicar muito a nossa vida, porque aí você não vai ter informação de paciente. Atualmente ele tá muito lerdo, ele pára demais né, tem dia que ele não trabalha, então aí fica difícil de você trabalhar né, às vezes você quer agilizar mais as coisas, mas você não consegue. Então se ele funcionar como ta proposto a partir de janeiro vai ficar legal. A gente espera que só agilize mais. (Enfermeira 8- USF Branca).

Em relação aos SIS, uma enfermeira queixou-se da falta de comunicação entre os sistemas.

...em Ribeirão ainda tem esse problema de vários sistemas de informações que às vezes não conversam né, e a gente fica no meio do fogo cruzado (Enfermeira 5- USF Laranja).

5.2.6 A POTÊNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A ÓTICA DO ENFERMEIRO

Embora dificuldades tenham sido relatadas e descritas anteriormente em relação ao uso da informação e dos SIS, algumas enfermeiras falaram sobre a importância dos SIS existentes. Observou-se que algumas enfermeiras, mesmo diante das debilidades levantadas anteriormente, reconhecem os ganhos para a equipe dos SIS disponibilizados, neste caso o SIAB.

Eu até comentei com as meninas que a gente... quando você não tem computador na Unidade você teria que gerar manual o PMA4 e que aqui graças a Deus o computador faz pra nós. ... eu acho que isso a gente avança, pois você faz com que a pessoa converse o tempo inteiro com aquilo que ela faz, no sentido de tentar aprimorar. Têm muitos ganhos, mas tem muito caminho pra andar ainda. (Enfermeira 4- USF Amarela).

... na Saúde da Família a gente tem o SIAB que eu acho que é uma fonte de informação muito legal até, às vezes a gente critica o SIAB, que podia ser melhor, que tem poucos recursos né, pra algumas coisas, mas já é mais do que tinha na Unidade Básica né, a gente consegue ter noção de quem é a população que mora, se é gestante, criança, já tem, eu acho que apesar de tudo, de pode melhorar eu acho que ainda é bom né, a gente tem mais coisas do que tinha na UBS. (Enfermeira 5- USF Laranja).

Observamos durante este estudo que o trabalho em equipe favorece o alcance dos objetivos e metas da Estratégia Saúde da Família e melhora o fluxo da informação. Para que o trabalho da equipe seja efetivo, algumas estratégias são utilizadas para facilitar a troca de experiências entre os diferentes profissionais e, conseqüentemente, aprimorar as atuações individuais e a integração em equipe, melhorando, assim, o trabalho que é planejado e executado em conjunto. Em relação às informações em saúde, as estratégias utilizadas pelas equipes para facilitar a análise dos dados são normalmente as reuniões de equipe e de discussões de casos, além das reuniões de fechamento do SIAB e administrativas.

Nas discussões das equipes a gente discute, e os dados, o SIAB no papel fica arquivado numa pasta. E disponibilizado no SIAB por que eles têm o acesso (Enfermeira 2- USF Rosa).

Na reunião de fechamento do SIAB. Depois que a gente conseguiu fechar o SIAB e enviou, a gente volta pra reunião e discute. (Enfermeira 6- USF Verde).

O fechamento do SIAB ele é um trabalho da equipe, cada profissional gera seus dados e por uma questão de organização eu acabo fazendo o condensado por colocar na minha agenda, poderia ser a médica. A médica fica junto, às vezes ela não tá, fazemos no coletivo e depois esse dado condensado ele vem numa discussão da equipe (Enfermeira 4- USF Amarela).

...cada profissional fica com uma agente comunitária. Então elas fazem...a auxiliar de enfermagem faz da agente dela quantos hipertensos tem, quantos diabéticos...ela tem uma filipeta que mensalmente é mudado esses dados conforme é lançado no computador. Então ela fica com aquela filipeta lá e na hora que a agente vai trazer: olha eu tenho tantos diabéticos e ela vai ver a ficha, ela sabe se este número de hipertensos mudou, diminuiu o número pra ela, ela acompanha. Mensalmente é feito por filipeta (Enfermeira 10- USF Vermelha).

...faço uma reunião de equipe anterior a passagem do SIAB. Então o que tiver que ser revisto e falado é falado nesta reunião que é para passagem do SIAB. A gente chama de reunião para fechamento do SIAB e discute antes os dados do SIAB e depois passa (Enfermeira 1- USF Rosa).

[Sobre a disponibilização dos dados para a equipe]:

Na reunião é. A gente comenta: “Olha você tá com bastante, olha você não tá com ninguém, né. Nos agravos, que no SIAB ficam mais em evidência (Enfermeira 3- USF Rosa)”.

...nessa reunião, a gente fecha e comenta alguma coisa, mas não põe em mural... (Enfermeira 3- USF Rosa).

A proposta de Educação permanente visa, além da melhoria da qualidade da assistência, o controle da mesma e a complementação do projeto de capacitação para os profissionais da equipe do programa de saúde da família. Ainda segundo esta referência, entende-se que para iniciar o processo de trabalho no Programa Saúde da Família, o profissional necessita de um apoio conceitual e técnico (BATISTA, s.d.). Embora as enfermeiras tenham falado sobre a falta de programas de capacitação e educação permanente das equipes, as mesmas tiveram a oportunidade de cursar o Curso de Especialização em Saúde da Família, e durante o curso tiveram contato com temas relacionados a informação em saúde e SIS.

... a gente buscou através do curso de especialização, então todo mundo que trabalhava aqui na época, todos os profissionais, fizeram o curso de especialização em saúde da família, e a gente teve contato lá. Alguns de nós tínhamos feito o curso introdutório alguns anos atrás, mesmo não pertencendo à nenhuma equipe, e foi o que deu um pouquinho de luz pra gente. O que mais deu mesmo foi o curso de especialização, que a gente teve uma forma mais ativa (Enfermeira 2- USF Rosa).

5.2.7 AS SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS PARA POTENCIALIZAR AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As sugestões feitas pelas enfermeiras demonstraram suas reais necessidades em relação aos SIS, para que estes possam verdadeiramente auxiliar as equipes no processo de trabalho em saúde da família, atendendo suas necessidades de vigilância à saúde da população adscrita, vigilância epidemiológica e monitoramento e avaliação de ações e serviços implementados.

Dentre as sugestões feitas pelas enfermeiras, destacou-se as sugestões relativas à integração dos diversos SIS, possibilitando, assim, a troca de informações entre os diferentes sis.

O SIAB e o HYGIA não conversam um com o outro, aí a Secretaria vive pedindo dados que você já encaminhou. Nós temos o CAPSI, a Secretaria desconsidera o CAPSI como parte do boletim qualitativo de produção, ele vai e fica engavetado, parece que ninguém usa... Eu realmente não consigo, da minha própria cabeça, pensar como articular todas essas informações seria de muita importância. Então, a gente faz uma articulação porque a gente conhece e sabe o que no sistema existe, então, se eu vou no L atendimento eu vejo o percurso da pessoa, aí eu vou ver que ela tem assistência na MI, mas um sistema que me dê tudo eu não tenho (Enfermeira 4- USF Amarela).

...eu acho que tinha que ter um jeito de, da gente fazer um sistema que fosse único, que juntasse SIAB com o HYGIA, que juntasse com HC, que juntasse com tudo... acho que tinha que ter um sistema que integrasse um pouco mais que se não conseguir integrar com o secundário, terciário pelo menos com o primário. Acho que, não sei como fazer isso, mas acho que a gente tinha que sair do manual pra algumas coisas, porque aquelas fichinhas lá, ninguém merece. Na era da informática a gente tá trabalhando com fichinha... tinha que integrar eu acho que os sistemas de informação, porque a gente faz tudo parceladinho né, faz SISPRENATAL, é um papel, faz não sei o que pra criança é outro papel, faz pra nutrição é outro papel né, tem o HIPERDIA outro papel. Eles, a Secretaria da Saúde ainda tem a lógica muito fragmentada pelos departamentos, por pedacinhos, e cada um cobra um papelzinho. (Enfermeira 5- USF Laranja).

Outra sugestão feita pelas enfermeiras foi em relação aos dados que caracterizam o perfil epidemiológico da área adscrita. Segundo elas o ideal seria que os SIS existentes fossem mais flexíveis, permitindo, assim, um cadastro mais fidedigno das famílias e indivíduos

assistidos pela equipe, tanto em relação aos dados de morbidade e divisão de faixas etárias, quanto em relação ao elenco de atividades desenvolvidas pelas equipes.

Acho que a gente precisava mudar um pouco esse perfil de morbidade o SIAB principalmente, esse perfil de morbidade que ele tem com a malária, com algumas coisas que pra gente é...é muito, pouco utilizado ou quase nada. E a gente não tem, por exemplo, as depressões, a gente não tem os HIVs positivos ou a gente não tem... que mais que a gente poderia... os acamados mesmo, pessoas que precisam do nosso cuidado em casa, que são coisas que precisava ter pra gente poder ter um número na mão (enfermeira 7- USF Azul).

Ah, agora de momento, eu sei que o SIAB só já está meio obsoleto... mas assim eu vejo que ele poderia ... por exemplo, você coloca uma gestante, você tem três gestantes, você coloca a questão do acompanhamento ali. Mas se você coloca o acompanhamento somente de duas o sistema não aceita que existe. Pode ser que aconteceu algum problema que você não acompanhou a outra. Então você tem que colocar aquilo que ele quer e às vezes não é aquilo. Então você não tem opção você tem que colocar. Eu acho que já deveria ter um sistema que vai mais além pra você tá trabalhando. (Enfermeira 10- USF Vermelha).

Eu acho que o SIAB... é, ele não vê a regionalização. É eu acho assim que ele tem coisas boas, mas eu acho que ele deveria ser melhorado, no sentido assim de algumas doenças que são super importantes que você não põe aí, e também eu acho assim que ele é um pouco restrito, mas eu acho que a gente tem que tentar melhorar isso em nós mesmo assim: O que que tá acontecendo aqui? Vamos supor, a gente tem uma população grande e é significativo o número de esquistossomose, então a gente tá fazendo trabalho, e isso não vai no SIAB, então as pessoas lá fora, fora a vigilância, que tiverem acesso pra entrar, não sabem o que a gente tem, a gente tem uma população que vem do norte de Minas e do nordeste que moram aqui, então eu acho legal porque é um trabalho diferente. Eu não tenho caramujo aqui agora pra ser disseminado, mas se ele vir pra cá é super importante por causa da pessoa saber o que tá dentro dela e o que isso vai repercutir no fígado ou nela. E eu não ponho isso no SIAB. (Enfermeira 3- USF Rosa).

Ah eu queria que mudasse todo esse SIAB, eu acho que ele não traz informação assim... concreta. Eu acho que é muita informação que a gente tem que não é aproveitada e tem informação ali que não precisaria ter, então eu faria uma remodelação nele total. Eu acho que ele é muito, muito falho... se você consolida pneumonia, aquelas coisas do campo à direita, aquilo ali são tudo informação que não têm necessidade? Eu acho que teria que ter informação mais real, mais concreta de cada área de abrangência. Ali fica muito amplo você não tem uma coisa legal. Que que interessa saber quantos curativos foram feitos no mês? Precisaria ter, quantos hipertensos novos foram descobertos? Quantos diabéticos novos foram descobertos? Coisa assim mais prática pra gente atuar mais na prevenção e curativo em si pode até ser prevenção em termos de diabete, de pés diabéticos, mas a maioria dos nossos curativos aqui é por ferida cirúrgica... Então eu acho que têm coisas que a gente poderia por ali que infelizmente não são colocadas, são dados que não existem ali (Enfermeira 8- USF Branca).

Considerando as observações feitas acima, cabe lembrarmos que o SIAB é um SIS voltado principalmente para a assistência coletiva. Diante disso, para que o trabalho seja

resolutivo, organizado e completo a assistência individual também deve ser levada em conta.

Durante as entrevistas uma enfermeira abordou este fato.

... eu acho que deveria ter a oferta de duas grandes vertentes, tanto olhar para o coletivo, como olhar para o individual. Falta isso no SIAB (enfermeira 6- USF Verde).

Algumas sugestões estavam relacionadas ao acesso rápido às informações. Para que isto fosse possível, algumas enfermeiras sugeriram que o SIAB fosse em rede.

Tem um monte de coisa precisando melhorar. Eu acho que precisava ser em rede, porque eu acho que seria muito interessante a gente poder trocar informação com outras Unidades de Saúde da Família é... até pra gente aprender com as outras pessoas, ensinar, aprender é... eu acho que a gente tinha que ter um pouco mais de acesso a esses dados como... os dados que são mesmo consolidados no município, na DIR, nessas coisas que eu acho que a gente ainda não tem (enfermeira 7- USF Azul).

... se a gente pudesse discutir e colocar o que tivesse no dia a dia da gente, coisa que a gente, né, eu acho que ia dar uma incrementada no SIAB, aí já estaria bom. Como eu te falei, a gente nem usa o que ele nos oferece, mas tem outras coisas que a gente já utiliza e não, então precisaria dar uma incrementada nele. Uma sugestão que eu tenho é de colocar o SIAB ligado em rede, então o que eu atualizo aqui, se eu acessar em outra unidade de saúde, com o meu código e acessar e tudo mais, se eu acessar em outra unidade de saúde eu tenho acesso à aqueles dados ali. E se você vier de outra unidade aqui, a gente vai ter acesso também. A gente tem Internet, intranet, e não sei mais o que, então você pode disponibilizar esses dados (Enfermeira 2- USF Rosa).

... um (SI) que pudesse contemplar esses todos, que o SIAB fosse online, a gente trabalha num sistema de disquete. Eu tenho medo desses dados se perderem, eu vivo fazendo cópia de segurança, pareço uma maluca fazendo back up, porque se é um sistema duro e você ainda tem que mandar disquete (Enfermeira 4- USF Amarela).

Voltando a falar em treinamentos e capacitações, uma das enfermeiras resgatou o assunto e quando questionada sobre sugestões que poderiam ser dadas para os SIS referiu que as capacitações das equipes auxiliariam para que os mesmos fosse utilizados com consciência e adequadamente.

Eu acho que a gente teria que ter mais orientação, teria que ter suporte técnico, teria que ter treinamento, teria que ter ajuda pra você usufruir ao máximo daquilo que o sistema pode te oferecer. Não fazer só o trivial... Eu acho que deve ter muito mais coisa que esse sistema pode oferecer, mas a gente não sabe nem usar. Eu acho que compromisso, porque é um sistema que só funciona se tiver gente atrás

alimentando, e gente disposta a entender, analisar, a mudar, reinventar acho que responsabilidade e compromisso, isso é básico (Enfermeira 6- USF Verde).

Acho que você tem que ter informação até pra falar que não é isso que eu quero para a minha unidade, mas que não precisa de nada. ...acho que pra melhorar você tem que dar valor na informação que é processada, a gente só faz alimentar, a gente vai, vai, vai, guardando, consumindo, e vai fazendo e você não pára pra ver o que você tá fazendo. (Enfermeira 6- USF Verde).

Para auxiliar as enfermeiras na organização da unidade algumas declararam que acreditam que o gerenciamento é o responsável pela boa organização ou não de um serviço de saúde. Assim, dentre as sugestões levantadas, encontramos enfermeiras que acreditam que um sistema que gerencie os dados produzidos pelas equipes poderia auxiliá-las em seu trabalho.

Então parece que a organização do serviço, ela não consegue ser feita. Então eu não sei, mas é por isso que eu acho que falta gerenciamento... eu sei que é difícil organizar, muito difícil, mas eu acho que o básico está centrado no gerenciamento (Enfermeira 3- USF Rosa).

... falta um sistema que gerencie os dados da equipe de saúde da família, o trabalho, como é que está fazendo, se está fazendo direito, se é isso mesmo (Enfermeira 6- USF Verde).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos pressupostos: “que as informações em saúde que são utilizadas pelo enfermeiro como instrumento de organização do trabalho possibilitando ofertar ao nível local uma atenção que atenda aos atributos da APS, dependem da forma de organização da unidade de saúde”, e “o enfermeiro utiliza formas de registro de dados oficiais e cria formas de registros não oficiais para melhorar a organização do trabalho no sentido de uma assistência ao nível local coerente com as suas necessidades” e do objetivo geral: analisar a utilização dos sistemas de informações na Atenção Primária à Saúde para a organização do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, neste estudo, foi possível analisar a informação na APS como ferramenta do trabalho do enfermeiro na ESF.

As enfermeiras que trabalham na APS no município de Ribeirão Preto, utilizam os Sistemas de Informações em Saúde como ferramenta de apoio em diversas atividades: administrativas/ gerenciais ou assistenciais. Dentre as atividades administrativas/ gerenciais destacamos a supervisão de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, coordenação do trabalho e planejamento de número de consultas a serem ofertadas à população, previsão e provisão de materiais, que muitas vezes são planejados após análise do SIAB. Algumas enfermeiras demonstraram que um dos fatores que influenciam na melhor utilização do SIAB é a organização da unidade de saúde e das equipes, destacando a importância de se estabelecer horários fixos para alimentação do sistema e registro das informações. Por outro lado, outras enfermeiras referiram que a debilidade na organização dos serviços influencia na utilização adequada dos sistemas de informações. Neste caso, dificilmente os SIS são utilizados para a finalidade aos quais se propõe, sendo, portanto subutilizado e funcionando apenas como mais uma planilha a ser preenchida e encaminhada ao nível central.

Em relação ao papel do enfermeiro diante da equipe, observamos que em alguns casos este profissional incentiva a equipe para que os sistemas de informações sejam utilizados adequadamente, criando estratégias para facilitar o registro de dados e sensibilizar a equipe quanto à importância da informação para fins de diagnóstico, planejamento e avaliação do trabalho realizado com vistas à integralidade da assistência.

A informação e os sistemas de informações são utilizados na definição de grupos prioritários, através do diagnóstico local, e, a partir disso, no planejamento de ações que seriam implementadas pelas equipes. Assim, algumas vezes o SI utilizado para este tipo de diagnóstico é o SIAB, outras vezes utiliza-se sistemas criados pelas próprias equipes a partir das necessidades das mesmas.

Identificamos que das 07 unidades de saúde pesquisadas, 06 tinham o Sistema HYGIA implantado. Dependendo da unidade de saúde que o utilizava, as finalidades de utilização diferenciavam-se. Nas Unidades de Saúde que trabalhavam somente com a Estratégia Saúde da Família, o sistema HYGIA era utilizado para registro e cadastro de usuários, acompanhamento dos usuários dentro do sistema de saúde municipal, solicitação e encaminhamento de exames. Nas unidades de saúde mistas, onde existe a implantação do sistema HYGIA seguindo a lógica de cadastro dos usuários no sistema de informação ambulatorial da rede de saúde do município, a utilização do sistema, além das descritas acima, tem a finalidade de registrar o atendimento realizado e utilizar as fichas de atendimento do mesmo.

Diversas fontes de informações são utilizadas pelas enfermeiras que trabalham na ESF, dentre elas os sistemas de informações existentes na APS, os usuários dos serviços de saúde, líderes comunitários, prontuários, livros, cartões de vacinas, a própria equipe de saúde da família e as outras equipes, quando a unidade possui mais de uma equipe de saúde da família. Os Agentes comunitários de saúde foram considerados fontes de informações de

grande importância para as enfermeiras, e acreditamos que esta valorização se refere ao fato deste profissional ser o elo entre a equipe de saúde e a comunidade e durante o seu trabalho com as famílias recebe grande volume de informações. A comunidade, incluindo os líderes comunitários e os próprios usuários foram considerados importantes fontes de informações, reforçando-se, assim, o movimento de construção do SUS, através da participação social. No entanto, como não existe *feedback* para as comunidades atendidas, o exercício de cidadania fica comprometido.

Nas Unidades que trabalham com apenas um modelo assistencial (ESF), as enfermeiras utilizam mais o SIAB e nas unidades mistas (ESF + UBS) utilizam mais o sistema HYGIA. Cabe lembrar que nestas unidades o SIAB é utilizado, porém focado no preenchimento das fichas A e D. Encontramos neste estudo uma USF que trabalha sobre a lógica do modelo tradicional, o que nos leva a concluir que a implantação da referida unidade pode não ter sido construída na lógica da corrente de interpretação da APS como reorganização do sistema de saúde.

Apareceram as implicações do modelo assistencial e os sistemas de informações utilizados, ou seja, mesmo denominado ESF a equipe trabalha sobre a lógica do modelo tradicional, evidenciando a influência que tem entre o modelo assistencial e os sistemas de informação em saúde.

O SISPRENATAL e o HIPERDIA são fontes de informações também utilizadas pelas enfermeiras, porém os mesmos são utilizados com menor frequência, ou seja, estão presentes no dia a dia das unidades apenas como instrumento de cadastro de gestantes, hipertensos e diabéticos, ou seja, esses sistemas são alimentados nas unidades de saúde da família de forma manual, e as equipes não têm um *feedback* do nível central da SMS, em relação à esses dados coletados.

No entanto, há que se considerar que o enfermeiro está inserido em uma equipe multiprofissional, sendo esta, uma das diretrizes do ESF, por isso, juntamente com o enfermeiro, toda a equipe pode se integrar na discussão do uso e aplicabilidade dos dados dos SIS, porque todos os profissionais são sujeitos do processo de trabalho, e, ainda, é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário da Saúde. Uma equipe de Saúde da Família será integrada quando buscar permanentemente e de forma dinâmica, articular todo elenco de ações que executa por meio da interação dos agentes, sendo nesse estudo a equipe considerada fonte de informações importante. Salientamos que um dos fatores mais valorizados pelas enfermeiras como fonte de informações foi a presença de mais de uma equipe de saúde da família nas unidades de saúde.

O registro das informações em saúde é uma atividade que deve ser desenvolvida por todos os profissionais de uma equipe de saúde da família. O registro das informações pode ser feito em prontuários ou sistemas nacionais de informações. Em relação aos prontuários, no município de Ribeirão Preto identificamos que existem três tipos: prontuário individual (contém informações do paciente e é arquivado individualmente), prontuário familiar (contém informações da família e de cada indivíduo arquivados na mesma pasta e arquivados por família) e prontuário misto (contém informações do paciente e da família acondicionados em pastas separadas e arquivados em locais diferentes). Estes prontuários individuais são arquivados segundo a numeração do sistema HYGIA e os prontuários familiares são arquivados segundo a numeração da microárea e da família. No município estudado, um dos fatores responsáveis pela escolha do modelo de prontuário é o modelo assistencial da unidade de saúde. Outro fator determinante na escolha dos prontuários é a existência e utilização do sistema HYGIA na unidade, pois unidades que utilizam este sistema para a recepção dos pacientes, registros de informações e atendimento nas fichas do Sistema, consequentemente

utilizam o número de registro do usuário no sistema HYGIA para arquivar o prontuário, ficando impossibilitadas de utilizarem os prontuários arquivados por família. O registro de informações nestes prontuários é feito pelos diferentes profissionais das equipes, exceto o agente comunitário que quando registra as informações coletadas, o faz no prontuário familiar, não sendo permitido seu registro nos prontuários individuais. Em unidades que não possuem os prontuários familiares, este profissional acaba registrando as informações pertinentes às famílias visitadas em cadernos ou fichários. Neste sentido, acreditamos que a falta de registro no prontuário de quaisquer profissionais da equipe pode comprometer a integralidade da atenção, devido a existência de um desacordo entre as informações do prontuário e as informações relatadas pelo ACS, além disso, o registro de informações em locais inadequados podem acarretar problemas éticos graves.

A alimentação do SIAB é realizada por todos os profissionais da equipe de saúde da família, porém o ACS alimenta o software diariamente, pois os dados são coletados diariamente durante as visitas domiciliares. O enfermeiro alimenta o sistema principalmente no dia do fechamento mensal dos dados.

Das fichas do SIAB (A, B, C e D) as mais utilizadas são as fichas A e D. As outras fichas são utilizadas com menor frequência, pois ou não estavam disponibilizadas pela SMS para as equipes (ficha B) ou no caso da ficha C, segundo padronização do Ministério da Saúde, é uma cópia do Cartão da Criança, e em algumas unidades não eram utilizadas.

A alimentação do Sistema HYGIA, frequentemente se dá pelo Agente Administrativo, que é um profissional presente nas unidades administradas pela SMS. Nas unidades que não são administradas diretamente pela SMS, em especial os Núcleos de Saúde da Família, o Sistema HYGIA, quando existente na unidade, é utilizado somente para cadastro de pacientes e checagem destas informações pelas equipes.

O SINASC também está presente no dia a dia das enfermeiras, pois as mesmas são as responsáveis pelo preenchimento das planilhas de Avaliação Mensal do Floresce uma Vida. Desta maneira as enfermeiras são capazes de fazer a busca ativa de todos os nascidos vivos de sua área de abrangência desenvolvendo ações necessárias de vigilância à saúde e, posteriormente provocar mudanças epidemiológicas relacionadas aos indicadores de mortalidade infantil.

Durante o estudo, identificamos que as equipes criam outras formas de registro de dados para preencher as lacunas deixadas pelos sistemas formais de informações de forma a permitir que a assistência oferecida seja melhor planejada e adequada as reais necessidades da área adscrita. Assim, esses sistemas de informações criados pelas equipes, além de atender às necessidades percebidas por estes para fazer um diagnóstico e monitoramento adequado, vêm auxiliar os trabalhadores a alimentar os sistemas de informações existentes, que muitas vezes funcionam como dados consolidados e incompletos para a equipe.

Esses sistemas de informações podem apresentar-se de diferentes formas: fichas produzidas e preenchidas pelos próprios profissionais das equipes e, posteriormente, arquivadas no prontuário individual, familiar ou arquivos criados na unidade; os tradicionais cadernos, usados pela equipe de enfermagem para registrar dados e informações referentes aos pacientes que buscam assistência de enfermagem em diversos setores da unidade de saúde, como sala de curativos, sala de medicação, recepção, acolhimento, etc., tendo como finalidade armazenar informações de pacientes e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, evitando, assim, que estes profissionais busquem a todo o momento o prontuário do paciente para fazer tais registros, além de auxiliar os enfermeiros nas atividades relativas à supervisão, monitoramento da população atendida e em outros momentos auxiliarem outros profissionais em atividades de pesquisa, cadernos utilizados pelas equipes para registro de informações coletadas durante as discussões de famílias, a fim de sistematizar o planejamento

de ações definidas durante a reunião da equipe para solução de problemas; utilização de lousas brancas em salas de reuniões ou de discussões de famílias para registrar as informações de pacientes, famílias e comunidade local.

Estes instrumentos utilizados pelos enfermeiros para registros de dados atendem grupos populacionais (acamados, dengue, doentes de aids e saúde mental) não contemplados pelos sistemas de informações existentes e grupos populacionais priorizados pelos SI oficiais (municipais, estaduais e federais), porém, neste caso, as equipes buscam qualificar e personalizar os dados e informações, já que estes SI estão mais voltados para o coletivo e apresentam dados quantitativos.

Existem muitas dificuldades em relação aos SIS disponíveis na APS. Essas dificuldades podem ser classificadas em: dificuldades relacionadas à alimentação dos sistemas, à análise dos dados consolidados, aos treinamentos e capacitações/ atualizações das equipes, ao *feedback* dos dados, a existência de modelos assistenciais diferentes na mesma unidade de saúde e dificuldades referentes ao próprio sistema, neste caso, ao SIAB e ao HYGIA, sistemas de informações mais citados pelas enfermeiras.

As dificuldades relacionadas à alimentação dos sistemas se devem à falta de equipamentos adequados (micro computadores e impressoras), em número insuficiente para atender toda a demanda das unidades de saúde da família ou em funcionamento, o não cadastramento e liberação de senhas para a utilização de programas como o PROGVACINAÇÃO do Sistema HYGIA e à falta de tempo.

As dificuldades relacionadas à análise dos dados se devem à falta de equipamentos funcionando adequadamente e/ou ao número insuficiente destes e falta de tempo. Nestes casos, para que a análise dos dados seja feita, é necessário que o nível central envie os consolidados com periodicidade e frequência. Nesse sentido, acreditamos que a

descentralização da produção das informações em saúde fica prejudicada, impossibilitando a mesma de ser ágil, atualizada, completa e fidedigna.

O trabalho em unidades mistas frequentemente dificulta a alimentação e análise dos dados, pois neste caso as enfermeiras se ocupam com um volume grande de atividades, muitas vezes reflexo do modelo tradicional, ficando com um tempo exíguo para desenvolver as ações na ESF, que exigem um planejamento anterior baseado no diagnóstico de saúde local, utilizando-se para isso as informações em saúde.

O *feedback* dos dados para as equipes é falho e muitas vezes não é realizado devido à falta dos equipamentos ou porque as enfermeiras acreditam que o livre acesso dos profissionais aos sistemas é uma maneira de disponibilizar estes dados. Além disso, não há o retorno dos dados do nível central para o nível local.

A ausência de treinamento formal e capacitações ou atualizações das equipes também foi um fator importante para as debilidades dos sistemas. A maioria das equipes recebeu treinamento no momento da implantação da ESF na unidade e que atualmente a maioria dos membros das equipes foi substituída. Muitas enfermeiras aprenderam a manipular o SIAB ou o HYGIA após leituras de manuais, manipulando o sistema ou com outros colegas que as ensinaram. Dentre as sugestões feitas pelas enfermeiras pesquisadas, as capacitações das equipes foram consideradas importantes para que os SIS fossem utilizados adequadamente e com consciência. Para potencializar o uso adequado destes sistemas pela equipe, as enfermeiras podem realizar uma integração com o nível central da SMS por meio do Departamento de Informática, promovendo a educação permanente dos funcionários, sobre os principais princípios de funcionamento dos módulos do sistema, sua finalidade e utilização.

A falta de comunicação entre equipes e setor de informática do nível central é um fator importante para as falhas. Algumas enfermeiras desconhecem a necessidade de atualização da base de dados do SIAB (localizada no nível central) após alterações feitas no

cadastramento de dados no nível local. Consideramos este fato grave, pois as informações enviadas ao nível municipal, estadual e federal não estão refletindo a realidade das populações assistidas.

A falta de informatização dificulta a consolidação dos dados e a análise dos mesmos. Assim, acreditamos que podemos utilizar a tecnologia da informação para viabilizar a prática de ações em APS e instrumentalizar as enfermeiras na prática gerencial.

O SIAB apresenta limitações, algumas informações desnecessárias para a realidade local, sendo pouco flexível e não comportando dados de diferentes regiões epidemiológicas. Porém, é o sistema disponibilizado pelo MS para as equipes e é obrigatório o seu preenchimento, pois as atividades desenvolvidas pela equipe são monitoradas por este órgão, e a não alimentação deste sistema por um período determinado (02 meses consecutivos ou 03 meses alternados durante o ano) implicará na suspensão do cadastramento do programa. Apesar das falhas existentes, as enfermeiras reconhecem os ganhos para a equipe pela existência do sistema.

As dificuldades encontradas em relação ao sistema HYGIA estão relacionadas ao próprio funcionamento do mesmo que muitas vezes fica fora do ar ou com problemas operacionais.

No geral, as dificuldades em relação a todos os SIS estão relacionadas com a falta de integração dos sistemas, gerando duplicidade de dados, perda de tempo e de recursos financeiros.

O trabalho em equipe favorece o alcance dos objetivos e metas da Estratégia Saúde da Família e melhora o fluxo da informação. Para que o trabalho da equipe seja efetivo, algumas estratégias são utilizadas para facilitar a troca de experiências entre os diferentes profissionais e conseqüentemente aprimorar as atuações individuais e a integração em equipe, melhorando, assim, o trabalho que é planejado e executado no conjunto. Em relação às

informações em saúde, as estratégias utilizadas pelas equipes para facilitar a análise dos dados são normalmente as reuniões de equipe e de discussões de casos, além das reuniões de fechamento do SIAB e administrativas.

As sugestões feitas pelas enfermeiras demonstraram suas reais necessidades em relação aos SIS, para que estes possam verdadeiramente auxiliar as equipes no processo de trabalho em saúde da família, atendendo suas necessidades de vigilância à saúde da população adscrita, vigilância epidemiológica e monitoramento e avaliação de ações e serviços implementados.

Estas sugestões são relativas à integração dos diversos SIS, em termos de troca de informações e maior flexibilidade, permitindo um cadastro mais fidedigno das famílias e indivíduos assistidos pela equipe, tanto em relação aos dados de morbidade e divisão de faixas etárias, quanto em relação ao elenco de atividades desenvolvidas pelas equipes.

As sugestões levantadas pelas enfermeiras já estão sendo consideradas pelo MS. Alguns sistemas criados pelo DATASUS, atualmente em fase de teste, procuram preencher essas lacunas dos SIS para que a APS seja capaz de responder e atender às principais necessidades de saúde da população.

Diante das considerações apresentadas neste estudo, cabe salientar que o SIAB é um SI voltado principalmente para a assistência coletiva. Portanto, para que o trabalho seja resolutivo, organizado e completo a assistência individual também deve ser levada em conta.

Dentre as sugestões para os SIS está o acesso rápido às informações como o SIAB em rede.

Outra sugestão foi ter acesso a um SIS que gerencie os dados produzidos pelas equipes, com a finalidade de poder auxiliá-las em seu trabalho assistencial e gerencial.

Consideramos que o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho foram alcançados e os pressupostos confirmados.

Diante do exposto, pensamos que dentro do possível, algumas generalizações podem ser realizadas para a informação em saúde como instrumento da organização do trabalho do enfermeiro na APS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BATISTA, K.B.C. Processo de trabalho nas equipes de saúde da família. In: SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Manual de Treinamento Introdutório do Programa Saúde da Família**. São Paulo, s.d. p. 175-182.

BRANCO, M.A.F. Sistemas de informações em saúde no nível local. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.267-70, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei federal no. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei federal no. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamenta a Implantação dos Sistemas de Informações Ambulatoriais SIA/SUS. Resolução nº. 228, 01 ago. 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 ago. 1990c. Seção I, p. 14881.

BRASIL. Ministério da saúde. Fundação nacional de saúde. 1995.

BRASIL. **Datasus**: Conferencia Nacional de Saúde – on line. Informações sobre a NOB-96: um novo modelo de gestão do SUS (norma operacional básica do SUS – versão de 27/08/96) – aprovada pelo conselho nacional de saúde.- roteiro elaborado por Ricardo F. Scotti – assessor do Ministério da Saúde, 1996a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html> - Acesso em: 30 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Portaria nº 2.203, 6 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996b.

BRASIL. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1886, 18 dez. 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 1997. p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. 4ª. ed. Brasília, 1998. cap 3, p. 1 – 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. 44 p. (Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do sistema de informação sobre nascidos vivos**. Brasília. Fundação nacional de saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília. Fundação nacional de saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**: NOASSUS01/02. Portaria MS/GM nº 373, 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de operação – versão 1.5 M03 – HIPERDIA**: sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, 2002b. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2003. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 29 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a. 161p.

BRASIL. **Educar SUS**. Brasília – DF: Secretaria de gestão do trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de gestão da Educação na saúde, 2005b.

BRASIL. Divulga o “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS” e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria nº 399/GM, 22 de fevereiro de 2006. 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf> Acesso em: 25 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b. (Séries Pactos pela Saúde, v.4).

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. cap.7, p.229-266

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento num centro de atenção psicossocial**. 2007. 330f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DELAMUTA, M.G. **A utilização dos prontuários nas unidades de Saúde da Família nos municípios da DIR XVIII**. 2000, 97 P. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FRANCISCONI, C.F.; GOLDIM, J.R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e da privacidade. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Coords). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de medicina, 1998. p. 269-284. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteIVaspectosbioeticos.htm> Acesso em: 30 abr. 2007.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p.18, 2005.

GIOVANELLA, L; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONIL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

MARQUES, CMS. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 17-27, 2002.

MELLO, Valéria Lemos. **Arquivo médico e sistema de arquivamento**. São Paulo, 1994. /mimeografado/

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997. cap.2, p.71-112.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 9-29.

MISHIMA, S.M.; OLIVEIRA, T.H.; PINTO, I.C. O trabalho do enfermeiro na organização dos serviços de saúde e sua inserção no departamento de informática da SMS-RP. **Rev. Latino –Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados primários de saúde**. Alma Ata, Rússia, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Cuidados primários de saúde**. Brasília, UNICEF, 1979.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. **O enfermeiro no programa de saúde da família**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000.

PINTO, I.C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão - rede básica de saúde do município de Ribeirão preto – SP**. 2000. 211f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Mortalidade de residentes e não residentes em Ribeirão Preto – SP**. Boletim, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, 1998.

RIBEIRÃO PRETO. Lei municipal nº. 11075, de 28 de dezembro de 2006. Convênio entre Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e Universidade de São Paulo. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 29 dez. 2006.

RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde: 2005-2008**. 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>>. Acesso em: 28 abr. 2007.

SILVA, S.F.; SUGMYAMA; L.C.Y.; OLIVEIRA, M.S.M.; PETRIS, A.J.; ANDARADE, S. M.A.; OLIVEIRA, E.A.O.; SPECIAN, A.A. Sistemas de informações: instrumento de planejamento para redução de desigualdades. In: SILVA, S. F. (Org.). **A construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1996. cap 1.1, p.12-28.

SILVA, A.S. **Análise Crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2003.109P. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SILVA, EMS. **A supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 308P. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

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

TECHNE. **Manual de treinamento HYGIA**. São Paulo, 2007.

TEIXEIRA, R.R. **Informação e comunicação em saúde**. In: SCHRAIBER, L.B.(Org). Saúde do adulto: Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 13, p. 251-61.

TRIVINOS, A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Relatório do convênio – Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto: Centro de Saúde Escola da FMRP – USP, 2004.

VIANA, A.A.; DAL POZ, M.R. Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família: informe final. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, 1998.

VUORI, H. Primary care in Europe: problems and solutions. **Community Medicine**, v.6, p. 221-231, 1984.

WURMAN, R. S. Ansiedade de informação: como transformar informação em compreensão. Trad. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1991.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MATERNAL-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
APÊNDICE A

Ilmo(a) Sr(a) Secretário da Saúde(a)

Prezado Senhor(a): Prof. Dr. Sebastião dos Santos

Na qualidade de Enfermeira aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem 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 uma cópia do projeto, onde constam os dados necessários para sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo analisar as características e finalidades dos sistemas de informações disponíveis para a atenção primária em saúde e analisar quais são as fontes de informações utilizadas pelo enfermeiro de saúde da família para a organização do trabalho. A orientadora do trabalho é a Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto.

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

Com o intuito de vivenciar a realidade na Estratégia Saúde da Família no município, optei pelas unidades que trabalham na Estratégia Saúde da Família à pelo menos 01 ano.

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

Atenciosamente,

Andréia Arantes Batista Guedes

Local e Ciente. De acordo:

Data: _____, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do (a) Secretario (a): _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MATERNAL-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

APÊNDICE B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente termo de Consentimento Livre e esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara da justificativa e da forma em que o trabalho intitulado “A informação na atenção primária em saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro.”, será conduzido:

Fui igualmente informado(a):

- Dos seguintes objetivos do trabalho: Analisar as características e finalidades dos sistemas de informações em Atenção Primária à Saúde quanto à aplicação na organização do trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família;
- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao trabalho;
- Estou ciente que a entrevista será gravada;
- Tenho a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa;
- Sei que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando.

Responsável pela pesquisa: _____

Enfermeira Andréia Arantes Batista Guedes

Endereço: Rua Dom Alberto Gonçalves, 485, casa 39, Ribeirão Preto – SP

Fone: 36126850 ou 92025520 – e-mail: andreia757@yahoo.com

Local e data: _____, _____ de _____ de 2006

Assinatura da participante: _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MATERNAL-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
APÊNDICE C

Quadro de Registro de documentos oficiais (municipal, estadual e federal)
sobre os sistemas de informações existentes e utilizados nos últimos 05 anos em Atenção
Primária em Saúde, no município de Ribeirão Preto.

NOME	ANO	PRODUÇÃO	CONTEÚDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MATERNAL-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
APÊNDICE D

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Unidade de Saúde da Família: _____

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO
 PRIMÁRIA À SAÚDE**

Conteúdos	Questões Norteadoras
- Trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família;	<i>Fale-me sobre seu trabalho. Como você tem trabalhado dentro do Programa Saúde da Família?</i>
- Organização do trabalho; - Instrumentos para organização do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da família.	<i>Como você tem organizado seu trabalho no Programa Saúde da Família?</i>
- Fontes de informações;	<i>Quais as fontes de informações que recorre para desenvolver o trabalho em saúde da família?</i>
- Utilização dos sistemas de informação;	<i>Quais sistemas de informações você utiliza no seu trabalho na unidade de saúde da família?</i> <i>Dos Sistemas de Informações disponíveis, quais dados, informações e indicadores você utiliza para a organização da unidade de saúde da família?</i>

- Alimentação e utilização do Sistema de Informação em Atenção Primária; - Registro, fichas, documentos básicos na conformação do bando de dados; - organização e sistematização do registro da informação coletada.	<i>Quais as formas de registro dos Sistemas de informações em Atenção Primária? Como registra?</i> <i>Quais são os dados e informações coletados?</i> <i>Existem outras formas de registro de dados (não oficiais)?</i> <i>Quem faz o registro dos dados?</i> <i>Quem alimenta os dados no Banco de dados?</i> <i>Com qual periodicidade?</i> <i>Como os dados são disponibilizados?</i> <i>Quando os dados são utilizados (em que situações)? Com qual finalidade?</i> <i>Qual é o tipo de equipamento utilizado para o processamento dos dados?</i>
- Facilidades e dificuldades na Utilização dos Sistemas de Informação; - Treinamento da equipe para utilização do Sistema de Informação;	<i>Quais as dificuldades para alimentar, e utilizar os Sistemas de Informações?</i> <i>A equipe de saúde foi treinada para utilizar os Sistemas de informações?</i> <i>Que tipo de curso? Qual a carga horária?</i> <i>Em que momento ocorreu o treinamento?</i> <i>Que sistemas de informações existem na rede básica de saúde?</i>
- Sugestões	<i>O que você sugere para os Sistemas de informações em Atenção Primária?</i> <i>Deseja falar mais alguma coisa que possa complementar estas questões?</i>

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 022/2006

Ribeirão Preto, 17 de fevereiro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 83ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de fevereiro de 2006.

Protocolo: nº 0635/2005

Projeto: A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP -

Pesquisadores: IONE CARVALHO PINTO (Orientadora)
ANDRÉIA ARANTES BATISTA GUEDES (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléia Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto (Orientadora)
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

	FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 – Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331	

Ribeirão Preto, 26 de setembro de 2006

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 028/2006

Comunicamos que a pesquisadora **ANDRÉIA ARANTES BATISTA GUEDES**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados nos Núcleos de Saúde da Família-I, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **“A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP”**.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
 Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
 Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilmª. Sra.

Profª. Dra. Ione Carvalho Pinto (Orientadora)

Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO C

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascido Vivo

Nº

I	Cartão	1	Cartório	Código	2	Registro	3	Data			
		4	Município		5	UF					
II	Local da Ocorrência	6	Local da ocorrência	7	Estabelecimento	Código					
		8	Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento (Rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	9	CEP				
III	Mãe	10	Bairro/Distrito	Código	11	Município de ocorrência	Código	12	UF		
		13	Nome da mãe	14	ISC						
IV	Gestação e parto	15	Idade (anos)	16	Estado civil	17	Escolaridade (em anos de estudo concluído)	18	Ocupação habitual e ramo de atividade	19	Número filhos tidos em gestações anteriores (obs: utilizar 99 se ignorado)
		20	Logradouro	Número	Complemento	21	CEP				
V	Recém-Nascido	22	Duração da gestação em semanas	23	Tipo de gravidez	24	Tipo de parto	25	Número de consultas de pré-natal		
		26	Nascimento	27	Sexo	28	Índice de Apgar	29	Peso ao nascer		
VI	Identificação	30	Detecada alguma malformação congênita ou anomalia cromossômica?	31	Pé direito da criança	32	Pé direito da mãe	33	Responsável pelo preenchimento		
		34	Nome	35	Função	36	Identidade	37	Órgão Emissor		
VII		ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.									

ANEXO D

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Declaração de Óbito Nº	
I	Cartório	1) Cartório	2) Registro
		3) Data	
II	Identificação	4) Município	5) UF
		6) Cemitério	
		7) Tipo de Óbito	8) Óbito
		9) Hora	10) Naturalidade
III	Residência	11) Nome do falecido	
		12) Nome do pai	13) Nome da mãe
		14) Data de Nascimento	15) Idade
		16) Sexo	17) Raza/etnia
IV	Declaração	18) Estado civil	19) Escolaridade
		20) Ocupação habitual e ramo de atividade	
		21) Logradouro	22) CEP
		23) Bairro/Distrito	24) Município de residência
V	Fórmula de menor que 1 ano	25) Local de ocorrência do óbito	26) Estabelecimento
		27) Endereço da ocorrência	28) CEP
		29) Bairro/Distrito	30) Município de ocorrência
		31) UF	
VI	Causas e causas do óbito	32) Idade	33) Escolaridade
		34) Duração da gestação	35) Tipo de gravidez
		36) Tipo de parto	37) Morte em relação ao parto
		38) Passo ao nascer	39) Num. de Decl. de Nascidos Vivos
VII	Médico	40) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?	41) A morte ocorreu durante o puerpério?
		42) Diagnóstico confirmado por	43) Cirurgia?
		44) Causas da morte	45) Necropsia?
		46) Nome do médico	47) CRM
VIII	Causas externas	48) Meio de contato	49) Data do atestado
		50) Assinatura	
		51) Prováveis circunstâncias de morte não natural	52) Fonte da informação
		53) Descrição sumária do evento	54) Assinatura
IX	Assinatura	55) Declarante	56) Testemunhas
		57) Assinatura	58) Assinatura

ANEXO E

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto ☐	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Notificação de Individualidade	5 Agravado(a)	Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas	
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não sabe ler 9 - Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
	15 Agravado(a)	Código (CID10)	16 Data dos 1 ^{os} Sintomas de 1 ^o Caso Suspeito	
Notificação de Surto	17 Nº de Casos Suspeitos	18 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 2 - Casos Restritos a uma Escola/Creche 3 - Casos Restritos a um Hospital 4 - Casos Restritos a outra instituição (alojamento, asilo, trabalho) 5 - Casos Dispersos no Bairro 6 - Casos Dispersos Pelo Município 7 - Casos Dispersos em mais de um Município 8 - Outros		
Endereço de Residência	19 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	20 Número	
	21 Complemento (apto., casa, ...)	22 Ponto de Referência	23 UF	
	24 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	25 Bairro	Código (IBGE)	26 CEP	
	27 (DDD) Telefone	28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	29 País (se residente fora do Brasil)	Código
Notificante	33 Município/Unidade de Saúde	34 Cód. da Unid. de Saúde		
	35 Nome	36 Função	37 Assinatura	

ANEXO F

MS – HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /		Sexo ☐ M ☐ F				
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade ☐ Brasileira ☐ Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /				
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS					
DOCUMENTOS GERAIS									
Título de Eleitor	Número		Zona	Série					
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /				
CPF	Número		PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)									
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /				
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro				
	Folha	Termo			Data de Emissão / /				
ENDEREÇO (*)									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP		DDD	Telefone					
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)	Peso (kg) (*)					
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		☐ Em jejum ☐ Pós prandial						
Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações		Não Sim				
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio						
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias						
Diabetes Tipo 2			AVC						
Tabagismo			Pé diabético						
Sedentarismo			Amputação por diabetes						
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal						
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
Não Medicamentoso: ☐									
Medicamentoso									
		Comprimidos/dia				Unidades/dia			
Tipo		1/2	1	2	3		4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg									Insulina
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850 mg									
Outros ☐ SIM ☐ NÃO									
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone.   (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório.   TV = Tabela no verso do formulário.

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	$\geq 40,0$	Muito grave

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio Incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO
DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO**

Código SIA/SUS ou CNES (EAS)						
Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde						
Nº	Identificação do Paciente (*) (Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, registrar o Nº do Prontuário e Nome Completo do Paciente)	Verificar a cada consulta (*) (Preencher com valor) Pressão Arterial Sistólica Diastólica Glicemia Capilar Plasmática Complicações Não Existe	Presença de Complicações (*) (Preencher com X, para existência de complicações) IAM AVC Pé Diabético Amputação Doença Renal Fundo de olho alterado	Não Medicamentoso (Preencher com X)	Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*) Número de comprimidos/dia (½, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6) Hidroclotiazida 25mg Furosemida 40mg Captopril 25mg Glimepirida 5mg Metformina 850mg Insulina (Unidades/dia) Outros Medicamentos (Preencher com X)	Exames (**)
		Peso (Kg)				Realização Trimestral (Marcar X)
						Realização Anual (Marcar X)
						Soma de Urina
						Hb
						Glicosada
						Creatinina Sérica
						Coletar total
						Se alterado ECG
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

(*) Responsável pelo atendimento
(*) Assinatura
(*) Data da Consulta

Legenda:

Legenda:
(*) Campos de preenchimento obrigatório. No caso de Não Medicamentos, com exceção do campo Outros Medicamentos para outras doenças e Outros Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
(**) Marcar com X quando receber o resultado.

ANEXO G

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF Código da Área Microárea
9. Nome da Gestante	10. Data Nascimento
11. Nome da Mãe da Gestante	
12. Endereço Residencial	Número
Complemento	Bairro Município CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. N.º do Cartão SUS	14. N.º do CPF
15. Certidão de Nascimento ou Casamento Nome do Cartório Livro Folha	
16. Identidade Número	Órgão Emissor
17. Carteira de Trabalho Número Série UF	
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal	19. Data da última menstruação
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal	

ANEXO H

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL										DATA				
1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS		3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE		5. UF	6. Código da UF no IBGE					
N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	HB	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica			Consulta Puerperal	
										1ª dose	2ª dose	Reforço	imune	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

Preencher as quadriculas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01 – Enfermeira; 22 – Ginecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia; 74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia. No caso da vacina antitetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão da Gestante.

ANEXO I

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO			NÚMERO 	BAIRRO		CEP -
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA - -	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase
MAL - Malária

ANEXO J

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										ANO _____																			
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA																													
MUNICÍPIO _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			SEGMENTO _____ _____ _____ _____ _____ _____			UNIDADE _____ _____ _____ _____ _____ _____			ÁREA _____ _____ _____ _____ _____ _____			MICROÁREA _____ _____ _____ _____ _____ _____			NOME DO ACS: _____ _____ _____ _____ _____ _____														
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																													
Identificação da gestante		Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina		Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal			Fatores de risco		Resultado da gestação atual		Data da consulta de puerpério							
				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mês de gestação			Mês de gestação					NV	NM	AB	1	2
Nome:																							6 ou mais gestações						
Endereço:																							Natimorto/Aborto						
																							36 anos ou mais						
																							Menos de 20 anos						
		OBS:																					Sangramento						
																							Edema						
																							Diabetes						
																							Pressão Alta						
Nome:				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9							6 ou mais gestações		NV	NM	AB	1	2
Endereço:																							Natimorto/Aborto						
																							36 anos ou mais						
																							Menos de 20 anos						
		OBS:																					Sangramento						
																							Edema						
																							Diabetes						
																							Pressão Alta						
Nome:				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9							6 ou mais gestações		NV	NM	AB	1	2
Endereço:																							Natimorto/Aborto						
																							36 anos ou mais						
																							Menos de 20 anos						
		OBS:																					Sangramento						
																							Edema						
																							Diabetes						
																							Pressão Alta						

ANEXO K

[illegible]

ANEXO L

[illegible]

ANEXO M

[illegible]

ANEXO N

[illegible]

1º mês	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	1 ano	1 ano e 6 meses	2 anos	2 anos e 6 meses	3 anos	4 anos
1ª dose ● BCG ● HEPATITE B	2ª dose ● PARALISIA INFANTIL ● TETRA	3ª dose ● PARALISIA INFANTIL ● HEPATITE B	3ª dose ● PARALISIA INFANTIL ● TETRA	● FEBRE AMARELA (indicados)	Com 1 ano ● SARAMPO ● RUBÉOLA ● CAXUMBA	VERIFICAR SE TOMOU TODAS AS VACINAS OBRIGATORIAS DO 1º ANO DE VIDA (parte mais esquerda do cartão) ● 1º REFORÇO DTP + PARALISIA INFANTIL	NAS	Até completar 5 anos deve tomar o 2º reforço DTP + PARALISIA INFANTIL e SCR	Até completar 5 anos deve tomar o 2º reforço DTP + PARALISIA INFANTIL e SCR	Até completar 5 anos deve tomar o 2º reforço DTP + PARALISIA INFANTIL e SCR
Exclusivamente leite materno. Chupeta, água, chás podem, uma vez que, procurem evitar a poluição e infecções (preocupação com amamentação)	Exclusivamente leite materno. Funciona como uma vacina, procurem evitar a poluição e infecções (preocupação com amamentação)	Exclusivamente leite materno. Funciona como uma vacina, procurem evitar a poluição e infecções (preocupação com amamentação)	Exclusivamente leite materno. Funciona como uma vacina, procurem evitar a poluição e infecções (preocupação com amamentação)	Estabeleça hábitos de higiene pessoal e ambiental. Evite amamentação com leite de vaca. Evite contato com crianças doentes.	Incentive a massagem. Evite amamentação com leite de vaca. Evite contato com crianças doentes.	Evite salgadinhos, bolachas, legumes, etc., no liquidificador das refeições.	Não atrapahe o apetite da criança. Não estimule a alimentação fora de hora, nem estimulantes para apetite.	É normal a diminuição do apetite da criança. Não estimule a alimentação fora de hora, nem estimulantes para apetite.	Variar os alimentos e estimulantes para apetite.	É normal a diminuição do apetite da criança. Não estimule a alimentação fora de hora, nem estimulantes para apetite.
Enerva bem com o peito	Sorri e segue com os olhos. Vira a cabeça	Fica de bruço, levanta a cabeça, pega brinquedos, embros, começa a rolar para a frente	Vira sem errar, para o lado da criança, pega brinquedos, embros, começa a rolar para a frente	Avança se engatinha, mexe em qualquer lugar que estiver ao seu alcance	Fala duas palavras, brinca com o brinquedo, enuncia objetos	Avança se engatinha, mexe em qualquer lugar que estiver ao seu alcance	Costa de bruço com as mãos e os pés, enuncia palavras, enuncia objetos	Fala frases curtas, canta, balança, enuncia palavras, enuncia objetos	Desenhe bolinhas, gasta inventiva com as palavras, enuncia palavras, enuncia objetos	Conta ou inventa histórias, enuncia palavras, enuncia objetos
Canta e conversa com o bebê	Mude a posição do bebê várias vezes ao dia	Cuidado com objetos correntes, pontagudos e perigosos	Evite dar brinquedos que demonstrem perigosos	Limpe diariamente os dentes do bebê	Não deixe o bebê sozinho na banheira	Ajude a lavar as mãos e escovar os dentes	Sócio e mesmo em banho, cuidado com fogo e cabos de panelas	Cuidado com acidentes no banheiro	Ensine a cobrir as partes íntimas e as partes do corpo	Cuidado com acidentes no banheiro
O choro é a principal forma de comunicação do bebê para se manifestar, troça, mamada, mudança de posição, ou outros	Coloque o bebê para se movimentar	Coloque o bebê para se movimentar	Coloque o bebê para se movimentar	Ensina o nome das coisas e pessoas	Ensina o nome das partes do corpo	Ensina a tirar as fraldas. Ensina a usar o penico	Ensina a tirar as fraldas. Ensina a usar o penico	Ensina a tirar as fraldas. Ensina a usar o penico	Ensina a tirar as fraldas. Ensina a usar o penico	Ensina a tirar as fraldas. Ensina a usar o penico

VACINAS OBRIGATORIAS NO 1º ANO DE VIDA				OUTRAS VACINAS	CAMPANHAS
BCG (Tuberculose) Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Paralisia Infantil Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Tetra (Difteria, tétano, coqueluche + hemófilo b) Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Sarampo/caxumba/rubéola Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	
Hepatite B Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Paralisia Infantil Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Tetra Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Sarampo/caxumba/rubéola Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	
Hepatite B Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Paralisia Infantil Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Tetra Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Febre Amarela Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	
Hepatite B Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Paralisia Infantil Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Difteria/Tétano/Coqueluche Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	
Rotavírus Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Paralisia Infantil Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Difteria/Tétano/Coqueluche Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	
Rotavírus Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	Lote: _____ Cód.: _____ Nome: _____ Rg. Prof.: _____	
Observações					

CARTÃO MENINA_2006 MR 01/02/2006

ANEXO P

FICHA D	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA																ANO	
MUNICÍPIO _____	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICRO-ÁREA	PROFISSIONAL	-	MÊS											
REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES																		
DIAS																		Total
C.	Residentes fora da área de abrangência	< 1																
O	N	1 - 4																
S.	Residentes na área de abrangência	5 - 9																
M	E	10 - 14																
D	I	15 - 19																
A	T	20 - 39																
		40 - 49																
		50 - 59																
		60 ou mais																
	Total																	
Total geral de consultas																		
Puericultura																		
Pré-Natal																		
Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino																		
DST/AIDS																		
Diabetes																		
Hipertensão Arterial																		
Hanseníase																		
Tuberculose																		
Patologia Clínica																		
Radiodiagnóstico																		
Citopatológico cérvico-vaginal																		
Ultrassonografia obstétrica																		
Outros																		
Atend. Especializado																		
Internação Hospitalar																		
Urgência/emergência																		
Internação Domiciliar																		

ANEXO Q

[illegible]

ANEXO R

[illegible]

ANEXO S

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO		SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_ _ _ _ _ _ _		_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO						
C O N S M É D I C A	residentes fora da área de abrangência					
	Residentes na área de abrangência da equipe	< 1				
		1 - 4				
		5 - 9				
		10 - 14				
		15 - 19				
		20 - 39				
		40 - 49				
		50 - 59				
	60 ou mais					
Total						
Total geral de consultas						
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura					
	Pré-Natal					
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino					
	DST/AIDS					
	Diabetes					
	Hipertensão Arterial					
	Hanseníase					
	Tuberculose					
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica					
	Radiodiagnóstico					
	Citopatológico cérvico-vaginal					
	Ultrassonografia obstétrica					
	Outros					
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado					
	Internação Hospitalar					
	Urgência/Emergência					
Internação Domiciliar						
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT					
	Visita de Inspeção Sanitária					
	Atend. individual Enfermeiro					
	Atend. individual outros prof. nível superior					
	Curativos					
	Inalações					
	Injeções					
	Retirada de pontos					
	Terapia da Reidratação Oral					
	Sutura					
	Atend. Grupo - Educação em Saúde					
	Procedimentos Coletivos I (PC I)					
	Reuniões					
	MARCADORES					
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos						
Acidente Vascular Cerebral						
Infarto Agudo do Miocárdio						
DHEG (forma grave)						
Doença Hemolítica Perinatal						
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos						
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos						
Hanseníase com grau de incapacidade II e III						
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i>)						
RN com peso < 2500g						
Gravidez em < 20 anos						
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia						
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação						
Hospitalizações por abuso de álcool						
Hospitalizações por complicações do Diabetes						
Hospitalizações por qualquer causa						
Internações em Hospital Psiquiátrico						
Óbitos em < 1 ano por todas as causas						
Óbitos em < 1 ano por diarreia						
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória						
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos						
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência						
VISITAS DOMICILIARES						
Médico						
Enfermeiro						
Outros profissionais de nível superior						
Profissionais de nível médio						
ACS						
Total						

Relatório PMA4	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						UF ____	
MUNICÍPIO (nome):			MUNICÍPIO (código): ____			MÊS ____	ANO ____	
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO								
MODELO DE ATENÇÃO ⇨	PACS			PSF			OUTROS	GERAL
ZONA ⇨	URBANA	RURAL	TOTAL	URBAN	RURAL	TOTAL		
MARCADORES								
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos								
Acidente Vascular Cerebral								
Infarto Agudo do Miocárdio								
DHEG (forma grave)								
Doença Hemolítica Perinatal								
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos								
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos								
Hanseníase com grau de incapacidade II e III								
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i>)								
RN com peso < 2500g								
Gravidez em < 20 anos								
Pneumonia em < 5 anos								
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia								
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação								
Hospitalizações por abuso de álcool								
Hospitalizações por complicações do Diabetes								
Hospitalizações por qualquer causa								
Internações em Hospital Psiquiátrico								
Óbitos em < 1 ano por todas as causas								
Óbitos em < 1 ano por diarreia								
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória								
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos								
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência								

MODELO DE ATENÇÃO ⇨	PACS			PSF			OUTROS	GERAL
ZONA ⇨	URBANA	RURAL	TOTAL	URBAN	RURAL	TOTAL		
VISITAS DOMICILIARES								
Médico								
Enfermeiro								
Outros profissionais de nível superior								
Profissional de nível médio								
ACS								
Total								

ANEXO U

[illegible]

ANEXO V

Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			UF ____
MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código) ____	SEGMENTO ____	ÁREA ____	ANO ____

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
<i>M</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	SUB-TOTAL											
<i>F</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	SUB-TOTAL											
TOTAL												

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos ou mais		
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

ANEXO X

Relatório A3	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		UF ____
MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código) ____	SEGMENTO ____	ANO ____

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO TERRITORIAL

SEXO	FAIXA ETÁRIA	ÁREA										TOTAL
<i>M</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	SUB-TOTAL											
<i>F</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	SUB-TOTAL											
TOTAL												

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos ou mais		
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

ANEXO Z

Relatório A4	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		UF
MUNICÍPIO (nome)		MUNICÍPIO (código) 	ZONA ☐ URBANA ☐ RURAL ANO

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR MUNICÍPIO

SEXO	FAIXA ETÁRIA	SEGMENTO TERRITORIAL										TOTAL
<i>M</i> <i>A</i> <i>S</i> <i>C</i> <i>U</i> <i>L</i> <i>I</i> <i>N</i> <i>O</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	SUB-TOTAL											
<i>F</i> <i>E</i> <i>M</i> <i>I</i> <i>N</i> <i>I</i> <i>N</i> <i>O</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	SUB-TOTAL											
TOTAL												

	Nº	%
Famílias estimadas		
Famílias cadastradas		
População		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos ou mais		
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		