

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

LUANA ALVES DE FIGUEIREDO

**Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica
(SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na
tomada de decisão**

Ribeirão Preto
2009

LUANA ALVES DE FIGUEIREDO

Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para fins de obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Inserido na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto
2009

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

Figueiredo, Luana A.

Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão. Ribeirão Preto, 2009. 121 . il.; 30cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

1. Sistemas de Informação em saúde 2. Atenção primária à saúde 3. Sistema de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luana Alves de Figueiredo

Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.

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

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus, sem o qual, nada disso seria possível!

"Todas as coisas foram feitas por ele, e sem ele nada do que foi feito se fez." Jo 1:3

Mãe, obrigada por sua mão sempre presente a afagar o meu coração. Obrigada pela paciência, dedicação, entusiasmo, por acreditar em mim e incentivar os meus sonhos! Mas principalmente mãe, obrigada pelo amor incondicional!

Tio, irmão querido, o amor te faz presente todos os dias em meu coração!

Má, pupai adotivo, cuidado dedicado a todos nós...você é um anjo!

Vó, muito obrigada pelo cuidado e dedicação... essencial na minha vida!

"Por ser exato, o amor não cabe em si, Por ser encantado, o amor revela-se, Por ser amor, invade e fim." (Djavan)

Amo vocês!

Agradecimento especial

*Ao meu querido Erick, pelo companheirismo, dedicação, cuidado e incentivo todas as vezes em que me via
desanimada!!!*

Você é meu porto seguro, aconchego, presente de Deus!

Amo Você!

“ O que há dentro do meu coração
Eu tenho guardado pra te dar
E todas as horas que o tempo
Tem pra me conceder
São tuas até morrer

E a tua história, eu não sei
Mas me diga só o que for bom
Um amor tão puro que ainda nem sabe
A força que tem
é teu e de mais ninguém

Te adoro em tudo, tudo, tudo
Quero mais que tudo, tudo, tudo
Te amar sem limites
Viver uma grande história.”

(Djavan)

Agradecimentos

Professora Ione Carvalho Pinto, o meu sincero agradecimento pela confiança, sabedoria, segurança, disposição, incentivo, que tornaram viável toda esta trajetória! Obrigada acima de tudo pela amizade e carinho!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de crescimento profissional e intelectual.

Ao suporte financeiro concedido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnológico (CNPq)

A minha família, Tio Nanã, Tio Dedé, Tia Bá, Tia Márcia e Tia Enir, e meus adoráveis primos e irmãos, Gui, Lu, Inha, Rick, Bele e Guinho, e minha cunhada Isa, aconchego e segurança em todas as horas da minha vida!

Aos meus amigos da EERP-USP, Alexandre Favero Bulgarelli, Andréia Arantes Batista Guedes, Márcio Curto, Ariane Almeida, Carlinha Marciliano, pela colaboração durante a realização deste trabalho, e mais, por estarem sempre prontos a me ouvir e compartilhar de todo processo de construção deste estudo, meu sincero agradecimento.

Aos meus amigos, Bianca, Grazi, Renatinha, Thati, Jonathan, Klewin e Pita, por estarem ao meu lado sempre que precisei de um ombro amigo, uma palavra doce, um colo quente ou até mesmo um puxão de orelhas. Obrigada pela convivência!

Professor Pedro Fredemir Palha, as suas palavras e apoio foram fundamentais para a redação deste trabalho.

Aos enfermeiros e funcionários do CSE Cuiabá e do NSF II, que compartilharam do meu amadurecimento profissional, sempre me incentivando e torcendo por mim! Obrigada pela amizade construída e pelas experiências compartilhadas.

Aos colegas e funcionários do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Agradeço a amizade que me dedicaram nesses anos de convivência.

Aos meus novos colegas de trabalho da Sala de Urgência da UE-HCRP-FMRP, obrigada pela convivência e experiências trocadas. Seus ensinamentos estão sendo fundamentais para meu amadurecimento profissional.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para o meu desenvolvimento técnico-científico e pessoal.

**“De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que seremos interrompidos antes de
terminar...
Portanto devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo da dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho uma ponte...
Da procura, um encontro...”**

(Fernando Pessoa)

RESUMO

FIGUEIREDO, L.A. **Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.** 2009. 121f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Este estudo teve como objetivo analisar a utilização do SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Ribeirão Preto, SP para a tomada de decisão. É um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa dos dados. Os sujeitos foram os coordenadores da APS no município. Foram entrevistados 08 sujeitos e as entrevistas foram gravadas e transcritas. Para análise e interpretação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. As informações obtidas foram categorizadas em um tema geral “**O Sistema de Informação em Atenção Básica e a Gestão na Atenção Primária à Saúde**”, e três sub temas: 1) A visão do trabalho do coordenador na gerência da APS; 2) A utilização do SIAB pela equipe de saúde da família na percepção dos coordenadores da APS; e 3) As sugestões dos coordenadores da APS para potencializar a utilização do SIAB no cotidiano do trabalho. A partir da análise e discussão dos dados identificou-se que os coordenadores possuem distintas percepções em relação ao SIAB como ferramenta de gestão, influenciando o planejamento local e contribuindo para que processos distintos sejam instituídos na gestão local. O coordenador revelou conhecimento, domínio e utilização da informação como processo inerente ao trabalho da equipe, possibilitando uma aproximação da realidade sanitária com planejamento de ações de saúde, garantindo que potencialidades e fragilidades possam ser identificadas por meio da avaliação da informação. O coordenador, como comunicador entre a análise dos dados do SIAB no nível central e no nível local do sistema de saúde municipal, não se colocou como parte atuante deste processo de gerir o processo saúde doença, e a consequente mudança no modelo assistencial, e considerou o SIAB como ferramenta técnico-burocrática, reforçando o seu trabalho de coordenador com enfoque na produtividade, fragilizando o uso da informação para o planejamento em saúde. Para os coordenadores, este SI contém entraves relativos aos aspectos de comunicação e integração entre outros sistemas, favorecendo no registro de dados o acúmulo para o processo de trabalho. Não há treinamento e atualização da equipe no sentido de qualificar a coleta de dados, o registro, e finalidades do SIAB. Sugestões foram relacionadas com a integração do SIAB com os outros SIS; apoio da universidade na uniformização do SIAB; reavaliação e modernização do software; possibilidade de atualização do cadastro das famílias; flexibilidade em receber informações sobre outras doenças e informações sobre as famílias e disponibilidade de funcionários para auxiliar as equipes no registro e coleta dos dados, e na elaboração dos relatórios.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde. Sistema de Saúde.

ABSTRACT

FIGUEIREDO, L.A. **Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.** 2009. 121f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

We aimed to evaluate the utilization of SIAB by the coordinators of the Primary Health Care (APS) in the decision making at the city of Ribeirão Preto/SP. It was a descriptive and exploratory study based in a qualitative data. The subjects were coordinators of the APS from Ribeirão Preto/SP. We interviewed 08 subjects. All the interviews were tape recorded and transcript. To data analysis and results interpretation it was used Content Analysis, thematic type. The obtained information were categorized and structured in a general theme “**The primary care information system and the primary health care**” and three sub-themes which are: 1) The view of the coordinator work toward the PHC management; 2) The utilization of the SIAB by the family health staff toward the coordinators’ perception; and 3) Suggestions to the PHC coordinators to improve the SIAB application in the day-by-day work. It is considered that the coordinators have different perceptions about the SIAB as a management tool. This fact influences the local administration and contributes to support distinct processes at the local situation. The coordinator reveals knowledge, domain and application of the information according to the working staff, which allows and approximation between the actual sanitary conditions and the planning with actions in health procedures. This fact ensure that the potentialities and weaknesses could be indentified by means of evaluation of any information. The coordinator, as a communicator between the SIAB central and local levels data analysis, at a municipal system of information, do not put itself as an acting part of the process related to the health-disease management process and the consequent changing of the assistance model. The coordinator considers the SIAB a technical and bureaucratic instrument which strengthen his coordination work focusing on productivity weakening the use of information on health planning procedures. The system of information are influenced by people, and it influences the day-by-day coordination, having troubles related to communication aspects and integrality of systems, which favors the accumulation of data to the work process. Furthermore there is no training and the staff update, according to qualification the data collection, registration and the aim of the SIAB. Suggestions are related with the integrality of the SIAB and another Systems of Information; university support on the SIAB uniformity; reevaluation and modernization of the software; update the register of families; flexibility to receive the information about other diseases and other information about the families and provide employees to help the staff to register and collect the data and make out the reports.

Descriptors: Primary Health Care; Information Systems of Health; Health of Systems.

RESUMEM

FIGUEIREDO, L.A. **Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.** 2009. 121f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Esta investigación tubo el objetivo de analizar la utilización del SIAB por los coordinadores de la Atención Primaria de Salud (APS) en el ayuntamiento de Ribeirão Preto, SP para la toma de decisión. Es un estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo de datos. Los sujetos fueron los coordinadores de APS en el municipio. Fueron entrevistados 08 sujetos y todas grabados y transcritas. Análisis e interpretación de los datos utilizó el análisis de contenido, modalidad temática. Informaciones obtenidas fueron categorizadas en un tema general **“El Sistema de Información en Atención Básica y Gestión en Atención Primaria de Salud”** y tres sub temas: 1) La visión del trabajo del coordinador en gerencia de APS; 2) La utilización del SIAB por el equipo de salud de familia en la percepción de los coordinadores de APS y 3) Las sugerencias de coordinadores de APS para potenciar la utilización del SIAB en cotidiano del trabajo. Se considera que los coordinadores poseen distinguidas percepciones en relación al SIAB como herramienta de gestión, influenciando la planificación local y contribuyendo para que procesos distinguidos sean instituidos en gestión local. El coordinador revela conocimiento, dominio y utilización de información como proceso inherente al trabajo del equipo, posibilitando aproximación de la realidad sanitaria con planificación de acciones de salud, garantizando que potencialidades y fragilidades puedan ser identificadas por medio de evaluación de información. El coordinador, como comunicador, entre el análisis de los datos del SIAB en el nivel céntrico y en el nivel local del sistema de salud del ayuntamiento, no se coloca como parte activa del proceso de gestionar salud enfermedad, y el consecuente cambio en el modelo asistencial. Considera el SIAB como herramienta técnico-burocrática, reforzando su trabajo de coordinador con enfoque en productividad, fragilizando el uso de la información para la planificación en salud. Los SI son influenciados por individuos, estos también influyen el diario de coordinación, conteniendo barreras relativos los aspectos de comunicación y integración entre sistemas, favoreciendo el registro de datos acumulo para el proceso de trabajo. No hay entrenamiento y la actualización del equipo en sentido de calificar recolecta de datos, el registro, finalidades del SIAB. Sugerencias están relacionadas con integración del SIAB con otros SIS; apoyo de la universidad en uniformidad de SIAB; revalorización y modernización del software; posibilidad de actualización del alta de familias; flexibilidad en recibir informaciones sobre otras enfermedades e informaciones sobre las familias y disponibilidades de operarios para auxiliar los equipos en el registro y recolecta de los datos, y en elaboración de informes.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud. Sistema de Información en Salud. Sistema de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Genérico de Sistema Aberto.....	41
---	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Número de produções científicas e técnicas em saúde segundo os descritores APS, SIS, e SS, e a palavra SIAB, a partir de 1998, em bando de dados da BVS.....20
- Quadro 2:** Unidades de Saúde em APS do Município de Ribeirão Preto segundo o Distrito de Saúde inseridas e a lógica de produção de cuidado em saúde, Ribeirão Preto, 2008.....48
- Quadro 3:** Registro das entrevistas segundo nome, local de trabalho, dia e duração. Ribeirão Preto, 2008.....54
- Quadro 4:** Caracterização dos Coordenadores da APS no município de RP segundo sexo, idade, tempo no cargo, formação acadêmica e especialização. Ribeirão Preto, 2008.....58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAP	Centro de Atenção Primária
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
DATASUS	Departamento de Informática e Informação do SUS
DRS – XIII	Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NOB/96	Norma Operacional Básica de 1996
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NUPESCO	Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes comunitários de saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNI	Programa Nacional de Imunização
RNIS	Rede Nacional de Informação em Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SI	Sistema de Informação
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPT 2000	Saúde para todos no ano 2000
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	24
1.1. A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	24
1.2. Apresentando o objeto de estudo	34
1.2.1. Informação em Saúde	34
1.2.2. Sistema de Informação em Saúde	36
2. OBJETIVOS	43
2.1. Objetivo Geral	43
2.2. Objetivos Específicos	43
3. PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO	44
3.1. Tipo de Estudo	44
3.2. Local de Estudo	44
3.2.1. O município de Ribeirão Preto – SP	44
3.2.2. Ribeirão Preto e a Estratégia Saúde da Família	47
3.3. Sujeitos do Estudo e Critérios de Inclusão, exclusão e eliminação	49
3.4. Instrumentos de coleta de dados	51
3.5. Estudo Piloto	53
3.6. Aproximação com o campo de estudo	53
3.7. Questão Ética	55
4. ANÁLISE DOS DADOS	56
4.1. Caracterizando os sujeitos do estudo	58
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60

5.1. O Sistema de informação em Atenção Básica (SIAB) e a gestão na Atenção Primária à Saúde.	60
5.2.1. A visão do trabalho do coordenador na gerência da APS	72
5.2.2. A utilização do SIAB pela equipe de saúde da família na percepção dos coordenadores da APS	84
5.2.3. As sugestões dos coordenadores da APS para potencializar a utilização do SIAB no cotidiano do trabalho.	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Roteiro individual para entrevista semi-estruturada	116
APÊNDICE B - Ofício autorização para o desenvolvimento do projeto	118
APÊNDICE C – Autorização Comitê de Ética em Pesquisa	119
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120

APRESENTAÇÃO

Esse estudo é um subprojeto do projeto: **“Os Sistemas de informação em atenção primária à saúde como instrumentos de gestão da estratégia saúde da família”** que tem como objetivo estudar o desenvolvimento e a implantação de sistemas de informação em saúde, bem como seu uso no apoio à tomada de decisão e avaliação em saúde e enfermagem. Está vinculado à linha de pesquisa **Práticas, Saberes e Políticas de Saúde**, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP-USP). É parte da construção de conhecimento do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO), cadastrado no CNPq em 1988 - Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil.

Durante a Graduação em Enfermagem trabalhou-se com o projeto de Iniciação Científica: “Análise da alimentação e utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Ribeirão Preto, SP”, no qual se estudou como os membros das equipes da ESF alimentavam e utilizavam o SIAB.

No referido estudo os profissionais estudados demonstraram por meio das falas compreenderem a finalidade do SIAB, entretanto, sua utilização aparece limitada ao diagnóstico local e ao registro de dados, não alcançando na íntegra o objetivo de ser um instrumento de reorganização das práticas de trabalho (Informação verbal¹).

¹ Informação verbal fornecida por Figueiredo et.al. In 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006, São Paulo. Anais do 8º Congresso Brasileiro de medicina de Família e Comunidade 2º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006. v. único. p. 174-175.

Para Figueiredo, et. al., (2006), parte desta limitação pode ser atribuída a pouca presença da educação permanente, o que gera, desde limitações no envolvimento da equipe com a utilização do SIAB, até o total desconhecimento das finalidades e utilização deste Sistema de Informação (SI) por alguns profissionais destas equipes. Identificou-se que o enfermeiro foi o profissional que mostrou maior envolvimento com o SIAB na tomada de decisão (Informação verbal¹).

Além disso, Figueiredo, et.al., (2006), encontrou que não há um retorno dos coordenadores da Atenção Primária à Saúde (APS) às equipes da ESF acerca dos dados coletados e enviados a eles pelas equipes por meio dos compilados do SIAB. Não só o retorno da informação para o nível local é questionado, mas também muitos aspectos ligados ao fluxo, utilização, integração e articulação destes sistemas na rede, bem como o contexto utilizado na tomada de decisões pelos coordenadores da APS (Informação verbal¹).

Nesse sentido, direcionando o olhar à realidade concreta da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, levantaram-se algumas questões relacionadas à utilização desses dados pelos coordenadores da APS, como:

- Como os coordenadores da APS utilizam o SIAB no planejamento, monitoramento e tomada de decisões relativas à APS?

Com objetivo de conhecer as publicações sobre o assunto e destacar a relevância deste estudo foi atualizado o levantamento bibliográfico em maio de 2009, em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde² (BVS), que contém

² A Biblioteca Virtual em Saúde é visualizada como a base distribuída do conhecimento científico e técnico em saúde registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da Região, acessível de forma universal na Internet de modo compatível com as bases internacionais. A BVS é simulada em um espaço virtual da Internet formado pela coleção ou rede de fontes de informação em saúde da Região. Usuários de diferentes níveis e localização poderão interatuar e navegar no espaço de uma ou várias fontes de informação, independentemente de sua localização física. As fontes de informação são geradas, atualizadas, armazenadas e operadas na Internet por

fontes de informação sobre literatura científica e técnica como LILACS, MEDLINE e BDEF, onde as bases bibliográficas deste estudo foram selecionadas; e na biblioteca digital de teses e dissertações da USP (BDTD-USP), com os descritores “Atenção Primária à Saúde”, “Sistema de Saúde” e “Sistemas de Informação” e seus respectivos descritores em inglês. Também utilizou-se a palavra SIAB, uma vez que se trata do objeto de estudo deste trabalho. A busca foi realizada com trabalhos produzidos a partir de 1998, já que foi a partir deste ano que este SI foi implantado. Os resultados são mostrados no quadro abaixo.

produtores, integradores e intermediários, de modo descentralizado e obedecendo metodologias comuns para sua integração na BVS. Acessado em 17/05/2009 http://www.bireme.br/bvs/P/sobre_bvs.htm.

	LILACS	MEDLINE	BDENF	BDTD-USP	TOTAL
Atenção Primária à Saúde	3.145	50.032	224	50	53.451
Sistema de Saúde	2.072	611	89	285	3.057
Sistemas de Informação	1.356	98.911	27	89	100.383
SIAB	36	2	01	05	44
TOTAL	6.609	149.556	341	429	156.935

Quadro 1: Número de produções científicas e técnicas em saúde segundo os descritores APS, SIS, e SS, e a palavra SIAB, a partir de 1998, em bando de dados da BVS.

Foi encontrado um total de 103 publicações com o cruzamento dos descritores “Atenção Primária à Saúde” e “Sistemas de Informação”; e nenhuma publicação cruzando os três descritores citados acima. De todas as publicações encontradas 10 foram selecionadas para leitura integral por se aproximarem do objeto de estudo, sendo dois artigos, um trabalho para conclusão de curso de especialista, cinco dissertações e duas teses.

Com base nos levantamento bibliográfico realizado, as publicações evidenciaram a importância do SIAB enquanto instrumento para o planejamento local, (FRANÇA, 2001; SILVA e LAPREGA 2005; FREITAS e PINTO 2005; GUEDES, 2007), entretanto, apresentam-se algumas limitações

para o uso desse sistema de informação, como a falta de treinamento oferecido aos trabalhadores, o que reflete no inadequado preenchimento e interpretação dos dados, no atraso das atualizações do cadastro e nas dificuldades para o entendimento da finalidade deste SI e para a consolidação dos dados.

Uma realidade encontrada por Freitas e Pinto (2005), Bergo (2006) e Guedes (2007), é a de que a maioria das equipes da ESF recebe treinamento no momento de sua implantação na unidade, e, como a rotatividade dos membros das equipes é elevada, aqueles que entram posteriormente aprendem a manipular o SIAB após leituras de manuais, manipulando o sistema com outros colegas que os ensinam, refletindo as dificuldades de utilização desse SI por estas equipes.

Freitas e Pinto (2005), ainda salientaram que a grande dificuldade das equipes da ESF em trabalhar com análise, monitoramento e avaliação de dados torna a utilização desse SI esporádica e para fins de preenchimento dos dados.

Pinto (2000), e Guedes (2007), encontraram unidades de saúde em atenção básica atuantes sobre a lógica do modelo tradicional, levando a conclusão de que a implantação dessas unidades não foi na lógica da corrente de interpretação da APS como reorganização do sistema de saúde, o que implicou na utilização dos SIS de acordo com o modelo assistencial, não sendo os mesmos utilizados nessas unidades para a tomada de decisão, e sim no registro de dados relativos aos procedimentos realizados, ou seja, nas equipes que trabalham sobre a lógica do modelo tradicional, ficou evidente a influência que este tem sobre a utilização dos sistemas de informação em saúde.

Dificuldades de identificação de indivíduos no software, algumas informações desnecessárias para a realidade local, pouca flexibilidade e número limitado de doenças referidas não comportando dados de diferentes regiões epidemiológicas, também foram encontradas como limitações à utilização desse SI pelas equipes da ESF (SILVA, LAPREGA, 2005; GUEDES, 2007).

Para Pinto, (2000), Silva e Laprega (2005), Freitas e Pinto (2005) e Guedes (2007), a utilização desse SI para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões no nível local se faz de modo insipiente, não sendo este utilizado de acordo com sua finalidade de servir como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde.

De acordo com Santos (2003), nessa perspectiva, o melhor esclarecimento das barreiras ao uso deste SI poderá proporcionar o seu aprimoramento e sua utilização para o planejamento de ações em saúde no nível local, através de uma avaliação continuada por meio de dados concretos e a tomada de decisões sobre as intervenções efetivas e necessárias para a alteração da realidade em nível local.

Mediante a realidade da produção de conhecimento sobre a utilização do SIAB entende-se que há uma preocupação com a utilização do mesmo pelas equipes da ESF, embora esta seja pequena, pois não foi encontrada nenhuma publicação acerca de sua utilização pelos coordenadores/gestores da APS, não sanando nossas inquietudes acerca do retorno da informação para o nível local, do fluxo dos dados, utilização, integração e articulação deste sistema na rede, bem como o contexto em que é utilizado na tomada de decisões pelos coordenadores da APS.

Todas essas questões nos motivaram a estudar esta temática dando continuidade ao projeto de Iniciação Científica, buscando responder as inquietudes partindo do pressuposto de que o SIAB é um Sub-Sistema de Informação em Saúde, representando um componente do sistema de saúde e tendo a função de facilitar a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, sendo uma ferramenta para o processo de tomada de decisões, instrumentalizando a gestão da ESF e, portanto, colaborando no processo de gestão da saúde no nível local (municipal).

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

As reformas do setor saúde vêm ocorrendo nas últimas três décadas, em vários países do mundo, tendo a Atenção Primária à Saúde como elemento central destas reformas.

A 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 serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Essa proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu 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 permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva” (STARFIELD, 2002, p.30);

O que em 1978, na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma – Ata, seria intitulado como “Saúde para Todos no ano 2000” (RIVERO, 2003).

Da conferência de Alma-Ata foram listados dez pontos principais acerca da APS, os quais referem à necessidade do desenvolvimento econômico e social para a obtenção da saúde, e a melhoria das condições de saúde das

populações como necessidade para o desenvolvimento econômico e social; da participação social como dever e como direito de todos; da promoção à saúde como o principal objetivo de governos e da comunidade; da necessidade, por parte dos governos, de estabelecer a APS como parte integrante do sistema de saúde do país, definindo os seus elementos essenciais como educação sanitária, saneamento básico, programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar, prevenção de endemias, tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns, provisão de medicamentos essenciais, promoção de alimentação saudável e de micro-nutrientes e a valorização da medicina tradicional (WHO, 1978).

Desta maneira APS é:

“Atenção essencial à Saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (WHO, 1978, p. 37)

Rivero (2003) discute os 25 anos depois de Alma Ata e analisa os diferentes conceitos atribuídos para os termos atenção, cuidado e primário. Considera que Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT 2000) foi uma meta valente e ambiciosa e que ainda trabalhamos por este sonho, pois muitos que a conceberam em 1978 não compreenderam por completo o seu significado, afinal, este objetivo tem sido mal interpretado e distorcido.

Salienta que Alma-Ata e Atenção Primária à Saúde são termos indissolúveis e que SPT 2000 tem sido vítima de simplificações conceituais e facilimos conjunturais condicionados por um modelo hegemônico mundial, embora irremediavelmente absoluto, confunde a saúde e seu cuidado integral à uma atenção médica separativa e centrada, quase exclusivista na enfermidade. O slogan “SPT 2000” tem sido mal entendido, pois se confundiu com uma forma simples de programação, mais técnica que social e mais burocrática que política.

Segundo Mendes (2002), quando as metas “SPT 2000” foram listadas em Alma – Ata,

“(...) muitos países desenvolvidos já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento estava longe de atingi-las. Isto gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação.”

Apesar da definição do conceito de APS apresentada anteriormente, a *Declaração de Alma-Ata* afirmou ser ela “...um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades...” (WHO, 1978).

Tal afirmativa sugere certo grau de “personalização” da APS em cada país, uma vez que há variações entre as condições econômicas, sociais, culturais e política das diversas nações.

Ao afirmar também que a APS se orienta pelos principais problemas de saúde de uma comunidade, a ela delegou-se um caráter único a cada nação ou região de um país, pois os problemas de saúde são heterogêneos e refletem

diferentes características das condições de vida nos diversos grupamentos humanos.

Apesar do caráter flexível da proposta, a *Declaração de Alma-Ata* destacou pelo menos oito ações elementares da APS, cujas execuções seriam desejáveis:

- 1) Educação sobre os principais problemas de saúde e métodos para sua prevenção e controle;
- 2) Promoção da distribuição de alimentos e de uma nutrição apropriada;
- 3) Abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;
- 4) Assistência materno-infantil e planejamento familiar;
- 5) Imunização contra as principais doenças infecciosas;
- 6) Prevenção e controle das doenças endêmicas locais;
- 7) Tratamento adequado de doenças e traumatismos comuns;
- 8) Distribuição de medicamentos essenciais.

Assim como o próprio conceito de APS, a meta *Saúde Para Todos* goza de certa flexibilidade estrutural. Há, contudo, significados comuns que devem nortear o seu entendimento: ela deveria ser relacionada ao uso de abordagens mais adequadas de prevenção de agravos à saúde, a busca de crescimento e envelhecimento saudáveis e de uma morte natural e serena, uma melhor distribuição dos recursos de saúde entre a população, acesso aos cuidados essenciais de saúde por todos os indivíduos e famílias de uma forma aceitável e viável economicamente – e que conte com o envolvimento de todos – e, por último, a descoberta, por todos os indivíduos, de sua força para moldar suas vidas e a de seus familiares, se evitando assim a carga desnecessária e prevenível de vários agravos à saúde (WHO, 1981).

Reconhecendo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais de cada país, o desenvolvimento da APS tem adotado diversos formatos.

Considerando o enfoque dado em Alma Ata ao conceito de APS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2006), apresentou um entre dois significados. O primeiro advoga que os sistemas sanitários deveriam priorizar a assistência básica como porta de entrada em um sistema hierarquizado e integrado de serviços, de modo a antecipar e evitar problemas de saúde e agravamentos das doenças, quebrando ciclos produtores das enfermidades. O segundo significado defende um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a APS, que se estendia para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil, medidas de prevenção em saúde, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços, dentre outras (OPAS, 2006).

Para Mendes (1999), há no Brasil, três interpretações principais de APS: a atenção primária à saúde como atenção seletiva, atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização dos sistemas de serviços de saúde.

No primeiro caso, considera-se a atenção primária como um programa específico destinado às 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. 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 que o oriente 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).

A concepção de APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde nos remete a pensar a organização do sistema de serviços de saúde em uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas (MENDES, 2002), integrados, onde a APS seria o centro comunicador da rede.

Vuori (1985, apud Starfield, 1998) sugere quatro diferentes interpretações para a APS. Segundo esse autor, pode-se entender a Atenção Primária como: a) um *conjunto de atividades*¹ – visão que guarda semelhanças com a concepção de *programa* da OPAS e da OMS; b) como um *nível do cuidado à saúde* – classificação também presente nas demais categorizações mencionadas; c) como *estratégias* para a organização desse cuidado – visão vinculada às categorias *abordagem* e *estratégia* das classificações anteriores – e, por fim, como uma *filosofia que permeia o cuidado*. Essa última concepção é um desmembramento de aspectos dessas categorizações, e pode ser vista

também como uma referência ao caráter eminentemente teórico e conceitual da Carta de Alma-Ata e à meta “Saúde para todos”.

Segundo Starfield (1992, 2002) para que ocorram mudanças no modelo assistencial convencional é necessário novo enfoque, ou seja, sair da lógica da doença e da cura rumo à saúde, prevenção e atenção.

Quanto ao conteúdo do modelo convencional centrado no tratamento e atenção por episódio é necessário, para o novo modelo, o enfoque na promoção da saúde, atenção continuada e ampla atenção. E, ainda, Starfield (1992, 2002), destaca que na organização convencional que tem especialistas, médicos e consultório individual, o novo enfoque precisa de generalista, outros profissionais e trabalho em equipe, salientando a necessidade de colaboração intersetorial, participação da comunidade e auto-responsabilidade, sendo que no modelo convencional a responsabilidade fica apenas com o setor público e o domínio da atenção pelo profissional, resultando numa recepção passiva.

Segundo Mendes (2002), deverá ocorrer a superação da forma de organização dos sistemas de serviços de saúde orientados para eventos agudos por sistemas voltados para a atenção às condições crônicas, que se manifestam no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, valorizando o auto-cuidado, com exceção, evidentemente, da atenção a urgência e emergência.

Para isso, a APS deveria cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo, o papel de organizador e o papel de responsabilização e co-responsabilização. Deverá ser:

“(...) o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, compartilhando características com outros níveis do sistema de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custo; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação; e o trabalho em equipe” (STARFIELD, 2002, p. 28).

Assim, a possibilidade da operacionalização dos princípios ordenadores da APS, que são: o primeiro contato (acessibilidade), a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária poderia ser mais eficaz, possibilitando a implementação da APS efetiva e de qualidade.

No Brasil, a APS foi denominada de Atenção Básica à Saúde (AB) e entendida como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999).

Assim como em outros países do mundo, temos também no Brasil uma reestruturação do sistema de saúde por meio de grande mobilização política e social, observada por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e da Constituição Federal promulgada em 1988.

É possível apontar a Constituição de 1988 como um grande divisor no que tange à noção de saúde no Brasil, já que foi a partir dela a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que concretizou princípios ético-doutrinários e organizacional-operativos como universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Uma das características da Constituição foi o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, entre eles, o direito à saúde, o qual a saúde, de acordo com o artigo 196

“(…) é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006).

Pode-se ainda destacar a reestruturação do modelo assistencial, deixando para trás um modelo biomédico voltado quase que exclusivamente para o biológico, para a atenção individual, fragmentada, curativa e medicamentosa, trazendo uma nova proposta estruturada na prática coletiva, na construção social do processo saúde-doença, com principal enfoque na prevenção de doenças e agravos à saúde e na promoção da saúde.

Diante deste contexto, podemos dizer que o Brasil tem passado por uma Reforma Sanitária a fim de concretizar práticas de saúde pública em meio a exigências políticas tanto nacionais como internacionais, tais como a Declaração de Alma – Ata em 1978 e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, por exemplo, para a construção efetiva de uma saúde coletiva visando não só a saúde enquanto direito de todos, mas também como meio para obtenção de crescimento econômico, restabelecimento do modelo capitalista de produção, e melhoria das condições sociais.

O quadro atual requer, sem dúvida, o estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais inspiradas por esta Reforma Sanitária e pelas práticas do SUS, bem como sua almejada

efetividade. Foi a partir desta necessidade que o Ministério da Saúde, em 1994, lançou como política oficial de Atenção Primária à Saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF), que significou o quinto ciclo de expansão da APS no país, (MENDES, 2002), agregando – se, pela primeira vez, uma dimensão qualitativa à dimensão quantitativa da reforma sanitária brasileira, a qual se deu desde o início dos anos 40 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); passando por 1979 com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); no início dos anos 80, com a crise da previdência social, a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS); a criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios a partir de 1988, com a descentralização dos serviços de saúde proposta pela nova constituição e institucionalização do SUS; até o final de 1993, início de 1994, com a implantação da ESF. O objetivo geral da ESF é o de

“(...) contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, em conformidade com o sistema único de saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atenção nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 2001).

Tecnicamente, passa a ser a porta de entrada do sistema de saúde, com a oferta de uma atenção sanitária que incorpora à lógica da promoção à saúde, prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação o enfoque na família e o trabalho em equipe. Passa a ter um poder indutor no re ordenamento dos demais níveis de atenção, articulando-os mediante serviços existentes no município e na região.

Os projetos da ESF devem ser elaborados e aplicados de acordo com as condições, características e problemas de saúde de cada região ou micro – região. Ele deve ser considerado como processo de mudança nas concepções de atenção e no funcionamento dos serviços de saúde a médio e longo prazo, e por ser uma estratégia, tem metas e ações para contribuir com a melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, do nível de saúde da população.

Foi pensando na avaliação e no acompanhamento das metas e ações da ESF que em 1998 o Departamento da Atenção Básica/ Secretaria da Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informática e Informação do SUS (DATASUS) implantaram o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

1.2. APRESENTANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.2.1. A informação em Saúde

A informação tem assumido um papel 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, revista, livro, multimídia, reunião, cinema, telefone, conversas informais e muitos outros meios.

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.

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” (Wurman 1991, p. 43).

Concorda-se 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.

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.

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.

Segundo Teixeira (1996) no que se refere ao contexto saúde, a informação é o produto de um conjunto de informações sociais, demográficas e

epidemiológicas, produzidas por instituições públicas e privadas, utilizadas no conhecimento da realidade local, regional e nacional, no apoio ao planejamento e tomada de decisão.

1.2.2. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Os SIS foram, no Brasil, implantados a partir da década de 70. Neste período foi criada a grande maioria dos sistemas de informações em saúde de abrangência nacional, sendo que estes seguiam a ótica centralizadora de atuação do Estado, permanecendo as informações centradas no nível federal que se responsabilizava pela operação destes sistemas através de coletas de dados sobre os eventos vitais.

Na década de 90, seguindo a lógica do processo de municipalização, os SIS foram sendo organizados de forma descentralizada, com base de dados mantida no nível nacional. Foi na década de 90 que o Ministério da Saúde implementou a Rede Nacional de Informação em Saúde – RNIS e propôs algumas mudanças nas principais bases de dados nacionais sobre mortalidade, morbidade e assistência à saúde (SIH - SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR; SIA - SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL; etc), propiciando um grande salto na direção da padronização dos SIS no SUS.

Cotidianamente, ouve-se a palavra sistema, indicando coisas de naturezas distintas, que a princípio nada tem a ver umas com as outras (ex:

sistema eletrônico, sistema de informação, sistema de ensino). São apenas expressões iniciadas com a mesma palavra “sistema”.

Para que se entender melhor o que se quer dizer com a expressão sistema de informação, buscaram-se alguns autores que trabalham com seu conceito, bem como com a sua história.

Um destes autores é CARVALHO (1998), que trabalhando o conceito de sistema constatou que a idéia original desta palavra tomou corpo quando começou a ser associada com a Informática e, ainda que, sua aplicação prática e sua generalização surgiram e se desenvolveram essencialmente após a Primeira Guerra Mundial.

O referido autor esclarece que isto só foi possível devido a três forças independentes entre si: o crescimento das organizações modernas e a necessidade de seu controle; a evolução da indústria eletrônica (por caminhos e com motivações distintas das outras duas forças), que possibilitou a produção de computadores; e, a última das forças, relativa ao pensamento científico e filosófico que buscava compreender os novos fenômenos e desafios da natureza e do mundo em transformação acelerada.

BERTALANFFY (1977), biólogo alemão, preocupado com a grande variedade de correntes de pensamento e em concordância com outros pensadores da comunidade científica, apresentou pela primeira vez, em 1937, a expressão “Teoria Geral dos Sistemas”. Esta teoria consistia, essencialmente, numa ampla concepção que transcendia os problemas e exigências tecnológicas da época, refletia principalmente a necessidade de se desbloquear, integrar e aproximar as diversas correntes do pensamento científico em uma única disciplina, pois na época a divisão do pensamento em

várias especialidades autolimitadas em alcance, totalmente separadas e estanques sem uma linguagem comum não eram aceitáveis nem benéficas.

A Teoria Geral dos Sistemas era para Bertalanffy (1977):

“(…) uma reorientação que se tornou necessária na ciência em geral e na gama de disciplinas que vão da física e da biologia às ciências sociais e do comportamento à filosofia. É uma concepção operatória com variáveis de sucesso e exatidão, em diversos terrenos, e anuncia uma nova compreensão do mundo, de considerável impacto” (BERTALANFFLY, 1977, p.8).

Esta explicação de Bertalanffy (1977), aponta a necessidade que ele teve frente aos novos problemas da ciência física clássica em estabelecer novos instrumentos conceituais para problemas de múltiplas variáveis da biologia, das ciências e do comportamento.

CHIAVENATO (1983), também ajuda a trazer o cotidiano da utilização desta terminologia, assinalando que “sistema” é geralmente empregado no sentido de sistema total e que os componentes necessários à operação de um sistema total são chamados subsistemas que, por sua vez, são formados pela reunião de novos subsistemas mais detalhados. Acrescenta o fato dos sistemas poderem operar simultaneamente, em série ou em paralelo.

“(…) não há sistemas fora de um meio específico (ambiente): os sistemas existem em um meio e são por ele condicionados. Meio-ambiente é o conjunto de todos os objetos que, dentro de um limite específico, possam ter alguma influência sobre a operação do sistema. Os limites (fronteiras) são a condição ambiental dentro da qual o sistema deve operar (CHIAVENATO, 1983, p.517)”

Por outro lado, o mesmo autor coloca em destaque que é difícil dizer onde começa e onde termina determinado sistema, pois, segundo ele, existe certa arbitrariedade nos limites (fronteiras) entre o sistema e o seu ambiente, sendo

possível “passar de um sistema para outro que o abrange, como também passar para uma versão menor e nele contida” (CHIAVENATO, 1983, p.516).

Tomar estas considerações históricas esclarece a expressão Sistema de Informação que foi utilizada neste estudo.

Assim, traz-se algumas definições que vão à mesma direção, que se complementam e que nos ajudam a tomar uma posição quanto ao conceito que adotamos nesta investigação.

Dentro da perspectiva sistêmica, “sistema é definido como um complexo de componentes em interação”:

“(...) um sistema é um todo determinado, isto é, algo que podemos visualizar em separado do resto das coisas e que, ao mesmo tempo, interage e está em permanente contato (sendo influenciado e influenciando) com essas outras coisas. (...) é formado por partes menores, igualmente distinguíveis umas das outras e que, como o próprio sistema maior, também interagem entre si (...)” (CARVALHO, 1998, p. 36-37).

Enfim, o sistema total é o ambiente em que vive, a finalidade e como esta é mantida pelas atividades das partes.

Três outros conceitos da Teoria Geral de Sistemas são importantes: totalidade, propósito ou objetivo.

A totalidade refere-se à

“(...) natureza orgânica do sistema, pela qual uma ação que produza mudança em uma das unidades do sistema, com muita probabilidade deverá produzir mudanças em todas as outras unidades deste (...) o sistema sempre reagirá globalmente a qualquer estímulo produzindo em qualquer parte ou unidade (...)” (BERTALANFFY, 1977, p.128)”

Quanto ao conceito de propósito ou objetivo significa dizer que

“todo sistema tem um ou alguns propósitos ou objetivos. As unidades ou elementos (objetos), bem como os relacionamentos, definem um arranjo que visa sempre um objetivo a alcançar (...)” (CHIAVENATO, 1983, p.516).

Uma das características dos sistemas derivada destes dois conceitos diz respeito à entropia e a homeostasia, sendo que entropia:

“(...) é a tendência que os sistemas têm para o desgaste, para a desintegração, para o afrouxamento dos padrões e para a aleatoriedade (...) a medida que aumenta a informação diminui a entropia, pois a informação é a base da configuração e da ordem (...) daí surge o conceito de negentropia, ou seja, a informação como meio ou instrumento de ordenação do sistema (...)” (CHIAVENATO, 1983, p. 516).

Segundo Pinto (2000) , quando se refere ao Sistema de Informação em Saúde, este está inserido em um sistema maior e mais complexo: o Sistema Único de Saúde. Os sistemas se misturam à medida que seus componentes trazem uma visão em comum, ou seja, atingir a qualidade da assistência a saúde, através de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo como finalidade global a qualidade de vida e que tem a ver com os vários outros sistemas como educação, moradia, habitação, transporte e todos os outros relevantes a vida.

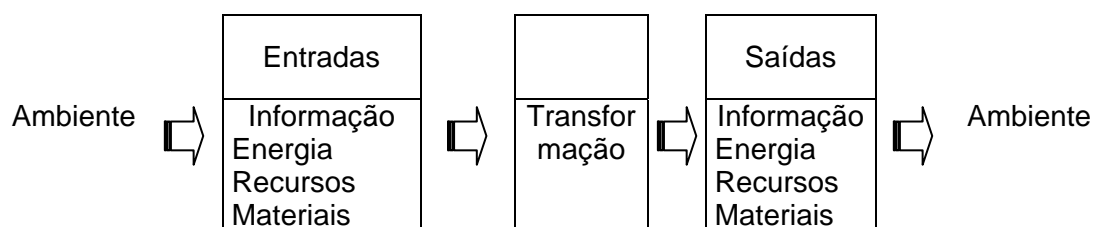
Para complementar essas idéias sobre sistema, destaca-se que existem tipos de sistema, ou seja, possibilidades de classificá-los de acordo com certas características básicas que segundo Chiavenato (1983), podem ser quanto à sua constituição e quanto à sua natureza.

1. Quanto à constituição:

Sistemas físicos ou abstratos: o primeiro tipo reportando-se a equipamentos, coisas e objeto (Ex. *hardware*); o segundo composto por planos, hipóteses e idéias (*software*).

2. Quanto à natureza:

Sistemas abertos ou fechados: os fechados, não apresentam intercâmbio com meio ambiente, já os abertos apresentam intercâmbio com o ambiente através de entradas ou saídas e para que sobrevivam é necessário reajustarem-se constantemente com o meio. Este fluxo de entrada e saída é mantido evitando o aumento da entropia e podem desenvolver-se em um estado de crescente ordem ou organização (entropia negativa). Segundo este autor, o conceito pode ser aplicado aos diversos níveis de abordagem: ao nível do indivíduo, ao nível do grupo, ao nível da organização e o ao nível da sociedade, indo desde um microssistema até um supra-sistema. Este fluxo do sistema aberto é representado através da Figura 1.



Fonte: CHIAVENATO (1983, p. 518)

Figura 1. Modelo Genérico de Sistema Aberto.

Esclarecendo melhor o fluxo acima que nem sempre tem um movimento no sentido convencional, Chiavenato (1983), caracteriza também os sistemas conforme os parâmetros, ou seja,

“parâmetros são constantes arbitrárias que caracterizam, por suas propriedades, o valor e a descrição dimensional de um sistema específico ou de um componente do sistema (...)” e são classificados em “entrada ou insumo (“input”); processamento ou transformador (“throughput”); saída ou resultado ou produto (“output”); retroação ou retroalimentação ou retroinformação

(“feedback”); ambiente (“environment”)” (CHIAVENATO, 1983, p.519).

Neste movimento, e fundamentado nos conceitos, características e parâmetros aqui apresentados de sistema, para fins deste trabalho, consideramos sistema formal de informação em saúde a dinâmica que inclui a coleta, registro, processamento, análise, divulgação, acesso às informações e a tomada de decisão nos serviços da rede básica pública de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração dos SIS constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a Atenção Básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando-a aos demais níveis de atenção, além de serem recursos básicos para o planejamento e a avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (BRASIL, 2004).

Desse modo, um SIS representa um componente do sistema de saúde com a função de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, constituindo-se em uma ferramenta para o processo de tomada de decisões, com vista a contribuir para a melhoria da situação de uma população.

Assim, neste estudo, busca-se saber se o SIAB tem contribuído para a ampliação do modelo assistencial de modo a contemplar ações de caráter coletivo, e ainda, se o conjunto de informações em saúde contido neste sistema de informação é analisado pelos coordenadores da APS no município para tomada de decisão.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a utilização do SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto, SP para a tomada de decisão.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos coordenadores da APS no município de Ribeirão/SP;
- Identificar como é o fluxo dos dados do SIAB entre o nível local, distrital e central da SMS;
- Identificar como o SIAB é utilizado para a ampliação do modelo assistencial contemplando ações coletivas e visando a integralidade da Atenção à Saúde;

3. PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Este trabalho é um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa dos dados.

É um estudo descritivo, pois permite descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. É de natureza exploratória, pois permite 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 (TRIVINÕS, 1987).

Segundo Minayo (1998), a pesquisa qualitativa é usada quando se necessita entender o sentido ou interpretar os aspectos sociais recorrendo-se a experiências e expressões daqueles que estão sendo estudados, além de trabalhar com um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados a operacionalização de variáveis.

3.2. Local de estudo

3.2.1. Município de Ribeirão Preto

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Ribeirão Preto foi fundada em 19 de Junho de 1856. Situa-se no Nordeste do Estado de São Paulo, a 320 km da capital. A principal via de acesso ao município é através da Via Anhanguera (SP 330). Localiza-se em

um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do estado e do país, como à Capital do Estado, ao interior paulista e a Minas Gerais. Ocupa uma área de 651 Km², sendo 477 Km² na sede e 174 Km² no distrito de Bonfim Paulista, 275 Km² de área urbana e 376 Km² de área rural, situando-se em um planalto sedimentar, com clima tropical úmido, temperatura atmosférica média de 29,9º C no verão e 16,4ºC no inverno.

O município conta com uma população de 557.156 habitantes, segundo dados da Fundação SEADE de 2.007, e uma taxa de urbanização de 99,57%, estando entre os maiores municípios do estado de São Paulo e do Brasil. Apresenta nível de abastecimento de água de 99,9%, de rede coletora de esgoto de 98%, e 100% dos domicílios com rede de coleta e lixo, sendo o maior percentual de saneamento básico entre as cidades com mais de 500 mil habitantes do Estado de São Paulo, com 96,3% dos domicílios com saneamento, significando 141.310 casas (incluindo favelas) com água encanada, coleta de lixo e de esgoto³ (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O município configura-se como 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 na Atenção Básica quanto na área especializada e de alta densidade tecnológica.

Município sede da Divisão Regional de Saúde – XIII (DRS-XIII) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com mais 25 municípios, é conhecido nacionalmente como grande centro de saúde, despontando como

³ Dados extraídos do site http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/conhecarib/i3301_principal.php. Último acesso em janeiro de 2009.

um dos mais importantes e desenvolvidos do país, contando com 06 hospitais privados, 07 filantrópicos e 04 públicos, sendo que destes, 01 particular e 05 filantrópicos estão conveniados com o SUS. O município também conta com 08 Unidades Especializadas, 01 Centro de Controle de Zoonoses, 01 Laboratório Municipal e 08 equipes de saúde bucal modalidade 01.

Desde 04/05/1998, por meio da portaria estadual nº. 2553 o município assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde.

A rede municipal de saúde está organizada em 05 regiões denominadas Distritos de Saúde. Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. São 05 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), que atendem com Pronto Atendimento 24 horas, 07 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais e 19 UBS com Programa de Agentes comunitários de saúde (PACS), o qual possui um total de 21 equipes; 24 Equipes da ESF, sendo 07 equipes na região oeste, vinculadas ao Centro de Atenção Primária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e 17 equipes distribuídas no município. As 24 equipes da ESF estão distribuídas em 15 unidades físicas diferentes podendo ser encontrados até 03 equipes em um mesmo espaço físico⁴ (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

3.2.2. Ribeirão Preto e a Estratégia Saúde da Família

⁴ Dados extraídos do site <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principaln.ASP?pagina=/ssaude/f16saude.asp>>. Último acesso em novembro de 2008.

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 com 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.

Solicitou-se junto à coordenação da ESF na SMS a relação de todas as unidades de saúde do município que atendem na rede básica de saúde, com sua lógica de prestação de cuidados em saúde e o distrito em que estão inseridas.

	Unidade de Saúde	Distrito	Modus Operandi
1	CSE Vila Tibério	Central	1 ESF
2	UBS Vila Tibério	Central	1 EACS
3	UBS João Rossi	Central	UBS
4	UBS Campos Elíseos	Central	UBS
5	UBDS Central	Central	UBDS
6	USF Jardim Zara	Leste	3 ESF + 2 ESB Modalidade 1
7	UBS Vila Abranches	Leste	1 EACS
8	UBS Jd Juliana	Leste	1 EACS
9	UBS São José	Leste	1 EACS
10	UBS Sta. Cruz	Leste	1 EACS
11	UBS Bonfim Paulista	Leste	1 EACS
12	USF Avelino Palma	Norte	2 ESF
13	USF Estação do Alto	Norte	2 ESF+ 1 ESB Modalidade 1
14	UBDS Castelo Branco	Leste	UBDS
15	BAC Heitor Rigon	Norte	2 ESF
16	USF Geraldo Correa de Carvalho	Norte	1 ESF
17	UBS Marincek	Norte	1 EACS
18	UBS Valentina Figueiredo	Norte	1 EACS
19	UBS Simioni	Norte	1 EACS
20	UBS Quintino I	Norte	1 EACS
21	UBS Jd Aeroporto	Norte	1 EACS
22	UBS Ribeirão Verde	Norte	2 EACS
23	UBS Vila Mariana	Norte	1 EACS

24	UBDS Norte	Norte	UBDS
25	Núcleo de Saúde da Família 1	Oeste	1 ESF
26	Núcleo de Saúde da Família 2	Oeste	1 ESF
27	Núcleo de Saúde da Família 3	Oeste	1 ESF
28	Núcleo de Saúde da Família 4	Oeste	1 ESF
29	Núcleo de Saúde da Família 5	Oeste	1 ESF
30	USF Jd. Paiva	Oeste	2 ESF+ 2 ESB Modalidade 1
31	CMSC V Lobato	Oeste	UBS
32	UBS Ipiranga	Oeste	UBS
33	CSE Ipiranga	Oeste	UBS
34	UBS Vila Recreio	Oeste	2 EACS
35	UBS Dutra	Oeste	2 EACS
36	UBS Vila Albertina	Oeste	1 EACS
37	USF Portal do Alto	Oeste	1 ESF
38	USF Eugênio Mendes Lopes	Oeste	2 ESF + 1 ESB Modalidade 1
39	UBS D Mielli	Oeste	1 EACS
40	USF Maria Casagrande	Oeste	3 ESF + 2 ESB Modalidade 1
41	UBS José Sampaio	Oeste	UBS
42	UBDS - CSE Sumarezinho	Oeste	UBDS
43	UBS Adão do Carmo	Sul	1 EACS
44	UBS Maria das Graças	Sul	1 EACS
45	UBS Parque Ribeirão	Sul	UBS
46	UBDS Vila Virgínia	Sul	UBDS

Quadro 2: Unidades de Saúde em APS do Município de Ribeirão Preto segundo o Distrito de Saúde inseridas e a lógica de produção de cuidado em saúde, Ribeirão Preto, 2008.
Fonte: DAB - SMS, RP, 2008.

Juntamente com esta relação forneceu-se a informação de que há um coordenador da APS em cada Distrito do Município, com exceção do Distrito Oeste, onde cada NSF vinculado à FMRP-USP possui um coordenador.

3.3. Sujeitos do estudo e critérios de inclusão, exclusão e eliminação

Os sujeitos do estudo são todas as pessoas envolvidas na coordenação da APS no município:

1. Coordenadores das Unidades de Saúde da Família do Município;
2. Coordenador municipal da Atenção Primária à Saúde;
3. Analista (s) dos dados do SIAB da SMS;
4. Secretário Municipal da Saúde;

Critérios de inclusão:

- Ser coordenador da APS no município de Ribeirão Preto;
- Que aceite participar da pesquisa;
- Que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Que esteja no cargo de coordenação há pelo menos um ano.

Critérios de exclusão:

- Quando houver recorrência de informações;
- Que não aceite participar da pesquisa;
- Que não assine o TCLE;
- Que esteja há menos de um ano na coordenação da APS no município.

Critérios de Eliminação:

- Sujeitos que se recusem a participar da pesquisa ou que não assinem o TCLE;
- Sujeitos que após três tentativas para agendamento das entrevistas não a concederem;
- Que tenham menos de um ano de experiência no cargo de coordenação da APS no município.

Diante do exposto, foram entrevistados todos que se incluíram nestes critérios, totalizando 08 sujeitos (05 coordenadores de equipes da ESF, 01 coordenador municipal da ESF, 01 analista municipal dos dados do SIAB, e o Secretário Municipal da Saúde). Um sujeito foi excluído pelo critério de menos

de um ano no cargo como coordenador da APS, outro foi excluído por ter se recusado a participar da pesquisa e dois foram eliminados por ter-se feito mais de três contatos na tentativa do agendamento da entrevista.

3.4. Instrumentos de coleta de dados

Para realizar a pesquisa utilizou-se a análise documental do SIAB e a entrevista semi estruturada com os coordenadores municipais da APS no município.

a) Análise documental: tem a finalidade de obter subsídios para uma melhor compreensão de como é feita a utilização do SIAB pelos coordenadores da APS do município de Ribeirão Preto. Durante esta fase do trabalho, buscou-se delimitar as informações disponíveis através do SIAB à APS durante os últimos 05 anos no município. Para caracterizar este SIS em relação ao seu tempo de funcionamento, finalidade, tipo de dados produzidos, fluxos e recursos materiais utilizados, nesta fase realizou-se um levantamento de documentos oficiais (municipal, estadual e federal), tendo como fonte de dados e informações documentos do município, manuais e Internet. Utilizou-se 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, p. 91).

b) Entrevista semi estruturada: Utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada com a finalidade de obter informações, confrontar dados, identificar contradições buscando melhor aproximação com a realidade.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semi estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a Coleta de Dados em pesquisa qualitativa, sendo um método que parte de certos questionamentos básicos.

Minayo (1998) 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 usada 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.

A entrevista estruturou-se 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 se recebe as respostas do(s) informante(s). Dessa 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.

Para a entrevista utilizou-se algumas questões norteadoras (APÊNDICE B). Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo material fornecido pelo informante. Dessa forma, todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra pelo pesquisador seguindo normas nacionais de transcrição textual (PRETI, 1993) garantindo a fidedignidade das informações.

3.6. Estudo piloto

Realizou-se entrevista piloto com uma enfermeira que integra uma equipe de saúde da família no município de Ribeirão Preto e que já teve experiência profissional na coordenação de 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.

3.7. Aproximação com o campo de estudo

➤ Realizou-se contato telefônico com todos os coordenadores da APS 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, um coordenador referiu que não participaria do estudo justificando não utilizar o referido SI em seu trabalho enquanto

coordenador e que por este motivo não teria como contribuir com a pesquisa;

➤ Nos NSF (I, II, III, e V) também realizou-se contato telefônico com os coordenadores, porém nessas 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.

➤ Após a participação nessas reuniões dos NSF e contatos telefônicos com os outros coordenadores as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos;

Todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho dos coordenadores 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 3. Como explicitado anteriormente, para manter o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram identificados por números escolhidos aleatoriamente e os locais de trabalho (sejam eles distritos de saúde, NSF ou SMS) foram identificados aleatoriamente por cores, conforme descrito abaixo.

Nome	Local de Trabalho	Dia	Início e término	Duração
Coordenador 1	Azul	22/09/2008	14h40m-15h16m	36minutos

Coordenador 2	Amarelo	25/09/08	10h35m-11h20m	45minutos
Coordenador 3	Branco	29/09/2008	11h00m-11h41m	41minutos
Coordenador 4	Lilás	16/10/2008	14h16m-15h27m	1h11m
Coordenador 5	Laranja	20/10/2008	07h10m-07h35m	25minutos
Coordenador 6	Rosa	21/10/2008	14h30m-15h02m	32minutos
Coordenador 7	Verde	28/10/2008	08h40m-09h11	31minutos
Coordenador 8	Vermelho	11/11/2008	13h45m-14h48m	01h03m

Quadro 3: Registro das entrevistas segundo nome, local de trabalho, dia e duração. Ribeirão Preto, 2008.

3.7. Questão Ética

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

Antes da entrada em campo foram seguidas as normas estabelecidas para desenvolvimento da pesquisa. Solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa (APÊNDICE C) e, simultaneamente, encaminhamos ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem o pedido de aprovação para a pesquisa.

Para que a pesquisa fosse realizada com os coordenadores da APS dos Núcleos de Saúde da Família (NSF) foi necessário solicitar autorização e encaminhar o projeto de pesquisa juntamente à 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 aos NSF. Assim, após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão

Preto da Universidade de São Paulo, encaminhou-se o projeto ao Diretor do CSE-FMRP-USP e aos NSF, esperando a aprovação através da Carta de Liberação de Pesquisa expedida pela Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do CSE-FMRP-USP, autorizando o início da coleta de dados.

Após a autorização oficial, fez-se contato com os coordenadores da APS do município e explicou-se a importância e os objetivos do estudo entregando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE D), solicitando que, caso concordassem assinassem um termo de compromisso.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise e interpretação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática, fundamentada em Bardin (1977), tendo significado mais amplo que um procedimento técnico, ou seja:

“(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/acolhimento destas mensagens”.

Enquanto busca teórico e prática objetivando atingir significados manifestos e latentes do material qualitativo, optou-se pela técnica da análise temática a fim de alcançar o objetivo desta investigação.

Estamos entendendo que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto 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 ou um resumo (MINAYO, 1998).

Para que todo o material coletado fosse analisado, as entrevistas e depoimentos gravados foram transcritos, posteriormente, e realizou-se uma pré-análise dos dados orientada pelos pressupostos e objetivos do estudo, com leitura flutuante e exaustiva das entrevistas no sentido de impregnar o conteúdo e dialogar com os dados. Ainda nessa etapa, trabalhou-se com as entrevistas buscando uma forma de proceder aos recortes, à categorização e à codificação na 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, 1998, p.29).

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

Desta forma, as entrevistas foram gravadas, transcritas, interpretadas e analisadas dentro do contexto do SUS, abordando a utilização do banco de dados do SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária no município.

Portanto, as informações foram categorizadas em um tema geral e três sub temas:

Tema Geral: O SIAB e a gestão na APS.

Sub tema 01: A visão do trabalho do coordenador na gerência da APS;

Sub tema 02: A utilização do SIAB pelas equipes da ESF na visão do coordenador;

Sub tema 03: As sugestões dos coordenadores para potencializar a utilização do SIAB no cotidiano do trabalho.

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

4.1. Caracterização dos sujeitos do estudo

Neste momento fez-se necessário a caracterização dos sujeitos do estudo. Para que as características dos oito coordenadores entrevistados fossem claramente visualizadas, optou-se por organizar essas informações no quadro 4:

Profissional	Sexo	Idade	Tempo no cargo	Formação	Especialização
Coordenador 01	Masculino	48 anos	1 ano e 2 meses	Médico	Cirurgia geral
Coordenador 02	Feminino	46 anos	8 anos	Enfermeira	Administração Hospitalar
Coordenador 03	Masculino	35 anos	1 ano	Médico	Medicina da Família
Coordenador 04	Masculino	47 anos	6 anos	Médico	Pediatria e Nefrologia Pediátrica

Coordenador 05	Masculino	38 anos	6 anos	Analista de sistemas	Banco de dados
Coordenador 06	Feminino	48 anos	9 anos	Enfermeira	Pediatria
Coordenador 07	Masculino	70 anos	2 anos e meio	Médico	Ginecologia
Coordenador 08	Feminino	62 anos	3 anos	Médica	Medicina Preventiva

Quadro 4: Caracterização dos Coordenadores da APS no município de RP segundo sexo, idade, tempo no cargo, formação acadêmica e especialização. Ribeirão Preto, 2008.

O quadro 4 apresenta os 08 coordenadores que aceitaram participar da entrevista e que apresentaram as características necessárias para a inclusão na pesquisa. Como o observado, foram 5 entrevistados do sexo masculinos e 3 do sexo feminino. Diante disso, durante o trabalho, quando se referiu aos sujeitos do estudo, utilizou-se a terminologia no gênero masculino. A média de tempo de trabalho dos sujeitos como coordenadores na APS é de 4,6 anos, variando de 01 a 09 anos. A média da idade dos coordenadores é de 49 anos, e todos possuem graduação e pós-graduação, o que se leva a pressupor que não são profissionais inexperientes ou que não possuam formação acadêmica qualificada. Entretanto, apenas dois coordenadores possuem formação de pós-graduação específica relacionada à área de investigação, a APS.

Vale ressaltar que durante a coleta de dados e análise identificou-se que o trabalho em saúde da família está profundamente ligado à equipe e que embora proposto o estudo do profissional coordenador, muitas vezes encontraram-se dificuldades em dissociar este profissional e o trabalho desenvolvido na ESF da equipe de saúde da família, até mesmo porque em alguns casos, este profissional integra uma equipe da ESF, além da função de coordenador.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a discussão, análise da temática central, utilizou-se informações oriundas da análise documental, que serviu para a melhor compreensão do SIAB como ferramenta para o processo de gestão da APS.

Tema Geral

5.1. O Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e a Gestão na Atenção Primária à Saúde

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. ⁵

⁵Disponível

em:

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

Foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e incorporado à sua formulação conceitos básicos como território, problema e responsabilidade sanitária, inaugurando uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde, permitindo: micro espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas, consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregado (BRASIL, 2002).

Tem como característica dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizada pelas equipes da ESF e gerar informações essenciais para as Secretarias Municipais de Saúde, Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde.

Os relatórios do SIAB permitem que equipes, gestores e população conheçam a realidade sócio sanitária da população acompanhando a avaliação da adequação dos serviços de saúde oferecidos e melhorando a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

A agregação dos dados confere grande agilidade ao sistema, gerando uma informação importante no processo de tomada de decisão em saúde, o que tem sido apontado como uma de suas vantagens (PINTO, 2008).

Aliada a esta característica, 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, gerando relatórios de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001).

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);
- 4) Identificar a unidade de saúde vinculada à equipe – no caso da 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.

Esse sistema é composto por um programa de computador (software) e por algumas fichas (A, B, C, D)⁶ e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4). 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 D⁷. O relatório SSA4 é utilizado para consolidar os dados referentes às áreas de um mesmo município por modelo

⁶ 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.

⁷ Fichas extraídas do manual do SIAB, (2003) disponível no site http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_sistema_de_informacao_de_atencao_basica.pdf

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 micro área, 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 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 da Estratégia 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 (BRASIL, 2000).

Cabe ressaltar aqui que o preenchimento das fichas do SIAB bem como a alimentação do seu banco de dados é muito mais do que um processo de registro de dados para a manutenção das equipes da ESF ou PACS. É também um momento da equipe olhar para esses dados e transformá-los em informação, de modo a instrumentalizar o SIAB como ferramenta para a

estruturação e consolidação da APS, enquanto um modelo articulador de assistência à saúde possibilite a essas equipes domínio e conhecimento da realidade local, tanto do ponto de vista geográfico como sócio-econômico e sanitário.

Além disso, o SIAB também disponibiliza dados gerados por outros sistemas da informação como o SIM, SINASC, SINAM, PNI, SIH, SIA, etc., e possui 46 indicadores que permitem caracterizar a situação sócio sanitária do perfil epidemiológico e acompanhamento de ações e metas de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da família.

Estes indicadores e marcadores são 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.

Estes instrumentos, indicadores e marcadores da APS, contribuem para o fortalecimento da gestão na APS possibilitando potencialidades para a mudança de modelo da atenção a saúde, fornecendo dados da situação sócio-econômica e sanitária de forma territorializada em áreas e micro áreas, elementos fundamentais para o planejamento em saúde.

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 meio 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).

Cabe ressaltar a importância da manutenção da qualidade dos dados para que este reflita de forma fidedigna a realidade local.

O SIAB torna-se um importante instrumento de gestão na medida em que tem por finalidade produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação nos municípios com a ESF (BRASIL, 2002).

Segundo Pinto (2000), o planejamento, monitoramento, avaliação e acompanhamento das reformas sanitárias requerem um sistema de informação adequado incluindo as formas de registro, seus conteúdos (aspectos individuais dos usuários dos serviços de saúde, aspectos relativos à comunidade, aspectos relativos às famílias, atividades curativas, atividades de

promoção, prevenção, tratamento, recuperação, e outros), e os modelos de saúde e das tecnologias empregadas. Os sistemas de informação em saúde influenciam e são influenciados pelo modelo de saúde em vigência, sendo concebidos segundo a lógica da organização dos serviços de saúde.

Outros autores, como Silva *et al.* (1996), chamam atenção para um Sistema de Informação em saúde que contribua para a mudança do modelo assistencial e para a ampliação do controle social:

- “abranger informações relacionadas à morbi-mortalidade e também as ligadas às condições gerais de vida como habilitação, saneamento, emprego, alimentação, etc.
- estar desagregado para que a realidade heterogênea e desigual, das condições de vida e saúde, no interior do município, em seu distritos, bairros, estratos sociais e diferentes riscos epidemiológicos, seja visualizada pelos atores (gestores e usuários) envolvidos com a construção do SUS” (SILVA *et al.*, 1996, p.12).

Nesta abordagem observou-se que a questão dos princípios do Sistema Único de Saúde como regionalização, descentralização, universalização, hierarquização e equidade são questões centrais da reforma do setor saúde e devem ser consideradas quando a informação em saúde é utilizada como instrumento da tomada de decisão.

Segundo Pinto (2000), para que os sistemas de informação possibilitem a tomada de decisão na rede básica é importante que o nível local, o qual na maioria das vezes gera as informações primárias, obtenha o retorno destas, conforme sua realidade, para que não acabem aglutinadas no nível central, sem o devido retorno e compreensão dos dados.

(...) a Secretaria da Saúde sistematicamente ela nos envia todos os dados que eles precisam nos fornecer via Internet... via comunicações internas escrita mesmo... e a gente já vai coletando esses dados e juntando com as diversas partes da

Secretaria e:: então quando há algum questionamento em que recentemente não houve nenhuma orientação dos tipos de ações a serem feitas... obviamente a coordenação tem que ir a secretaria pra tomar eventualmente os dados que eventualmente eles têm e levar as suas propostas de ação pra discussão a nível desse pedido.” (azul)

Esta fala exemplifica o fluxo das informações entre o nível local e o nível central (na SMS). As informações são enviadas do nível central para o local conforme a necessidade dessas informações para o nível local do ponto de vista da SMS. Do mesmo modo, quando o nível local percebe a necessidade de informações que ainda não recebeu, o coordenador vai até a SMS buscá-las, na tentativa de subsidiar o processo de negociação relativo a essas informações.

Sem a adequada integração do nível local com o nível central da SMS nos aspectos relativos ao cotejamento dos dados produzidos no SIAB, o processo de gestão, planejamento e programação das ações de saúde baseadas nas necessidades da população ficam desarticuladas gerando deficiência na produção social de saúde.

Diante da municipalização, processo este que redefiniu as atribuições do governo municipal por meio do reforço de seu poder sobre a saúde, o processo de gestão local passa a privilegiar a descentralização da gerência, rumo à integração entre os serviços e maior aproveitamento dos recursos dos diversos setores. E é neste sentido que as informações são também instrumentos neste processo.

Sanches (1997), ao analisar os ingredientes básicos dos processos decisórios e da importância das informações subsidiarem a tomada de decisão nos referidos processos, explica que os sistemas de informação gerencial são

descritos como possuindo uma estrutura piramidal integrada por três segmentos:

“(...) o segmento inferior, abrangendo os dados relativos às transações operacionais da organização (ligados às decisões relativas ao dia-a-dia); o segmento intermediário, integrado pelos sistemas de apoio ao planejamento e às decisões de caráter tático e o segmento superior, composto pelos sistemas gerenciais de apoio à formulação de políticas, planos e decisões de caráter estratégico (...)” (SANCHES,1997, p.72).

Pensa-se neste processo de construir e gerir o campo da saúde conforme os princípios e filosofias do SUS, o Sistema de Informação em saúde passa a ser um instrumento importante na tomada de decisão, um facilitador para seus agentes conhecerem e intervirem na produção e utilização das informações que dizem respeito não apenas à situação de saúde das pessoas, mas também ao meio físico, e os relativos às questões sociais, econômicas e culturais da população.

Pinto, (2000), coloca que o modelo gerencial precisa estar intimamente articulado como modelo assistencial, tendo como princípios norteadores a gestão democrática e o planejamento enquanto processo social, que assim coloca a Unidade de Saúde em funcionamento interno e externo, ou seja, considerando a intersectorialidade na questão da saúde da comunidade.

O “Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS”, que é hoje o documento técnico do Ministério da Saúde para a instrumentalização das políticas públicas de saúde para a consolidação e qualificação da ESF como modelo de APS e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, tem como um dos objetivos 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 (BRASIL, 2006).

O Pacto, além de ser um instrumento técnico dos gestores do SUS, é de grande avanço para que a situação da Informação em Saúde adquira outra conformação a fim de dinamizar os indicadores e marcadores em saúde, possibilitando que a gestão se torne mais efetiva e de fato utilizada entre os entes subnacionais.

5.2. SUBTEMAS

Na análise das entrevistas realizadas com os coordenadores da APS no município de Ribeirão Preto apresentam-se quatro subtemas. Assim, analisou-se e discutiu-se estes dados, apresentando o subtema em sequência o subtema número1.

5.2.1 A visão do trabalho do coordenador na gerência da APS

O coordenador possui um papel fundamental para buscar, de forma democrática a discussão dos dados do SIAB com a equipe, possibilitando que todos tenham acesso aos dados e possam interpretá-los, contribuindo com a problematização da realidade local.

Percebe-se nos fragmentos das falas que os coordenadores possuem distintas percepções em relação ao SIAB como ferramenta de gestão. Essas concepções influenciam diretamente o planejamento local, contribuindo para que processos distintos sejam instituídos na gestão local.

Sabe-se que o nível local (equipes da ESF) é o produtor das informações, dessa forma pode-se observar que na primeira fala o coordenador revela conhecimento, domínio e utilização da informação como processo inerente ao trabalho da equipe, possibilitando uma aproximação da realidade sanitária com planejamento de ações de saúde, garantindo que potencialidades e fragilidades possam ser identificadas por meio da avaliação da informação. Já na segunda fala observou-se a coordenação enquanto elo comunicador entre a análise dos dados do SIAB no nível central e no nível local do sistema de saúde municipal, não se colocando como parte atuante deste processo de gerir, por meio da utilização dos SI em saúde, o processo saúde doença, e a consequente mudança no modelo assistencial. Na terceira fala, observa-se ainda uma função de coordenador distante desse processo de trabalho em equipe relacionado ao SIAB, se colocando em uma posição passiva, dependente da demanda levantada pela equipe.

“(...) então a gente acaba fazendo algumas médias pra gente olhar pras referências... pros indicadores que o Ministério da Saúde oferece através dos seus documentos oficiais... no caso por exemplo a portaria é a Nacional da Atenção Básica... a portaria também 91 que nos traz também vários indicadores.. vários parâmetros do atendimento básico que também nos oferece outros indicadores e outros critérios para nós estarmos analisando muito a produção dos serviços realizado pela equipe e:: ai a gente discute com a equipe pra vê realmente ta fugindo muito... ta muito baixo ou ta muito acima dos valores estabelecidos.” (vermelho)

“(...) quando há algum questionamento em que recentemente não houve nenhuma orientação dos tipos de ações a serem feitas... obviamente a coordenação tem que ir à secretaria pra tomar eventualmente os dados que eventualmente eles têm e::: levar as suas propostas de ação pra discussão a nível desse pedido.” (azul)

“(...) eu não acho que caiba ao coordenador uma função mais direta... a nossa função é ficar mais um pouco no background... orientar alguma coisa da unidade (...)” (Branco)

Para Barbosa e Lima (1996), bem como para Barbosa (2006), a gerência comporta processos complexos, relacionados com a demanda e necessidades de saúde, e principalmente, está relacionado com as possibilidades de resposta social. Supera os antigos processos administrativos clássicos, onde administrar era apenas ser eficiente em solucionar questões relativas a recursos materiais, humanos e estrutura física de determinada área. Não significa que isto deixou de ser cobrado, porém o pensamento mecanicista e racional não consegue dar conta de assuntos mais complexos, como aceitar novos desafios, exigências do mercado consumidor, incertezas, processos de mudança e adaptação a novas situações, entre outros. Esses autores ressaltam que não é suficiente que as decisões sejam pautadas em bom senso e experiências passadas. Bagagem de conhecimentos, capacidade de análise, capacidade de ação, aprimoramento de práticas e determinação em alcançar resultados se tornaram indispensáveis para o perfil gerencial que se busca nos tempos atuais.

A utilização do SIAB é influenciada pelo entendimento que os profissionais da ASP têm do seu trabalho. Tanto as equipes quanto os coordenadores sofrem com problemas estruturais e políticos que influenciam nesta utilização.

Encontra-se nas falas abaixo que este SI é utilizado pelos coordenadores da APS no nível local, nas suas mais variadas formas, seja ele utilizado como instrumento gerencial para organização do trabalho nas unidades de saúde, seja ele utilizado enquanto fonte de dados para planejamento de atividades de prevenção e controle de doenças diagnosticadas na comunidade, ou mesmo, utilizado enquanto ferramenta para o ensino de alunos de graduação e pós-graduação.

Guedes, (2007), aponta para a prática de atividades da equipe da ESF relacionadas à previsão e provisão de materiais nos serviços de saúde, além do planejamento de número de consultas baseadas em dados coletados dos sistemas de informações disponíveis, principalmente o SIAB.

“(...) pra mim enquanto gerência a gente também faz a questão da organização da agendas dos profissionais... eu faço junto com os profissionais de cada equipe universitária e a gente usa o SIAB pra ver quantas vagas vai ter que estar deixando pra gestantes... quantos pra pré-natal... quanto de atendimento que você vai precisar pra puericulturas... pra todos os programas de saúde.” (Amarelo)

“Eu acho que ele norteia, eu acho que ele norteia... por exemplo... nós começamos a perceber que os dois últimos meses a gente conseguiu colher mais baciloscopia e com isso começou aparecer mais casos de tuberculose confirmado né::: isso é uma coisa que você vê através do SIAB, quando você faz o preenchimento da:::... da:::... da planilha mensal e isso orienta a gente a palestras... nós temos grupos de atividade igual está tendo nesse momento... a gente introduz é palestras na sala de coleta... estimula por exemplo a coleta de baciloscopia.” (Rosa)

“Olha eu utilizo o SIAB pra saber quem eu:::... quantos eu atendo... como eles estão... que condições é principalmente assim né... porque o SIAB ele dá mais a questão assim de condições de moradia... é como é que está... quantos analfabetos... diabéticos... hipertensos... tuberculosos... eu::: eu::: eu utilizo o SIAB pra eu saber quem eu estou atendendo... como eles estão.” (Rosa)

“Em relação ao SIAB o que nós é assim... usamos mais desse sistema de informações é hum... são os relatórios consolidados

que são é apresentados ou formatados todo mês pra envio pra secretaria municipal de saúde... além disso a gente usa também pra efeito de ensino de graduação.” (Vermelho)

“Em relação ao SIAB nós temos basicamente as coletas de dados pelos agentes comunitários de saúde... pelas fichas específicas por família e lançamento desses dados num programa já específico para o SIAB (...) a partir desse programa a gente faz as análises e levantamentos dos dados que o SIAB pode nos fornecer e discuti as estratégias específicas em relação a cada equipe de saúde da família e aproveita esses dados do SIAB.” (Azul)

Nas falas a seguir o SIAB é utilizado pelos coordenadores do nível local no processo de avaliação das ações assistenciais desenvolvidas pelas equipes, mesmo que, para alguns coordenadores, esta utilização não seja entendida como ferramenta para avaliação.

Para Freitas e Pinto (2005), a utilização do SIAB como instrumento do trabalho da equipe de saúde da família foi útil na identificação e avaliação das famílias, na construção de indicadores de saúde, na definição de prioridades, na organização do trabalho, na programação local e no direcionamento das visitas domiciliares.

“De avaliação? não::... especificamente de avaliação não... o que a gente faz é assim... por exemplo (...) está tendo a campanha de vacina de dupla viral... então a gente viu pelo SIAB quanto que cada equipe tem de pessoas tem nessa faixa etária, tanto masculino quanto feminino né (...)” (Amarelo)

“Quantas doses foram aplicadas e quantos idosos eu tenho na área? tem microárea a gente tem mais, então com esses dados que você faz uma programação né, uma avaliação.” (Rosa)

“(...) o SIAB ajuda a gente vê as crianças que estão na escola, o SIAB ajuda a gente vê quem está alfabetizado e quem não está... nessa questão da zona rural ajuda a gente vê como que está o tratamento de água, como é que as casas estão sendo construídas e o SIAB é um instrumento brasileiro e o Brasil com dimensões tão grandes assim tem uma singularidade muito grande com relação as regiões... um país tão grande né (...)” (Lilás)

“(...) essa questão do SIAB é importante porque nos faz olhar a frequência de visita domiciliares que o a gente comunitário faz que nem sempre é a mais adequada (...)” (Lilás)

Ainda que alguns coordenadores utilizem o SIAB como ferramenta para avaliação do trabalho da equipe isto se processa de forma incipiente, não rotineira e não sistematiza, partindo sempre de uma demanda encontrada e trazida pela avaliação da equipe da ESF.

“Não há um cronograma de utilização do SIAB (...)” (Azul)

“Não... não há uma programação pra esse tipo de levantamento pelo menos por enquanto (...)” (Amarelo)

“Quando possível eu analiso junto com as equipes... não assim é... sistematicamente... mas é possível fazer essas análises (...)” (Azul)

“Isso não é sistemático... às vezes a gente tem que ver por necessidade... a gente não tem o hábito ainda de sentar e vamos avaliar a parte epidemiológica de um modo geral com todos aqueles indicadores... na medida em que você vai vendo que, olha está aparecendo muitos pacientes com necessidade de coleta de papanicolau... aí a gente vai ver dentro do SIAB qual o número de mulheres que você tem.. qual a cobertura que está tendo... quantos exames estão sendo realizados... aí você fala, vamos ter que fazer um mutirão da parte de GO.. na parte de coleta de papanicolau (...)” (Amarelo)

“(...) eu não chego a utilizá-lo diretamente, também é uma coisa pontual pra fazer um levantamento por exemplo... ver quantas famílias cadastradas eu tenho... pra ver quantos diabéticos, hipertensos né::: mais tarde eu penso em trabalhar mais com isso.” (Branco)

Em contrapartida, quando os coordenadores não percebem a necessidade da utilização desse sistema de informação e não articula com a realidade local, o planejamento das ações de saúde fica a mercê do nível local, tornando-os meros executores da programação instituída pelo nível central, distanciando a realidade sanitária dos dados contidos no SIAB. Assim, não se

percebem enquanto produtores e instituintes da mudança do modelo assistencial.

Cohn, (2005), trás ainda o governo federal, especificamente o Ministério da Saúde, como sendo o grande formulador das políticas de saúde do País, e com isso reforça o papel do município como restrito a executá-las. Isso por sua vez é reafirmado pela própria atuação dos governos municipais, que passam a ter como principal móvel para a utilização da informação a seu alcance a preocupação com os recursos financeiros, quer no que diz respeito à descoberta de novas fontes de financiamento, quer à prestação de contas aos órgãos financiadores e à população em geral.

Para que as ações de planejamento, organização, controle e avaliação dos serviços de saúde sejam realizadas, é necessário que os municípios organizem as informações em saúde produzidas e obtidas por meio de sistemas de informação e as utilizem adequadamente. No entanto, com certa frequência, os dispositivos legais que definem exigências para a produção e gestão de informação em saúde do SUS são entendidos, por muitos gestores municipais, como mais um encargo atribuído a esfera local, já sobrecarregada de responsabilidades (BRANCO, 2004).

A percepção desses coordenadores está direcionada ao cumprimento de metas estabelecidas na programação em saúde, considerando o SIAB como uma ferramenta técnico burocrática, reforçando o trabalho do coordenador com enfoque na produtividade, fragilizando o uso da informação para o planejamento em saúde.

Segundo Fracalli e Ergy (2001), os saberes utilizados pelas gerentes reforçavam a burocracia, a divisão do trabalho, o produtivismo e a alienação do

trabalhador do seu produto final, bem como enfatizavam ações de supervisão e controle e deixavam para segundo plano o planejamento e a avaliação dos profissionais e das práticas de saúde.

“(...) eu não vejo assim, eu não sei qual seria o papel do coordenador mexendo diretamente com o programa... eu acho que não... é aquilo que eu te falei... eu acho que o coordenador tem uma função mais de ensino né... de cobranças... de metas... é difícil a gente não está habituado com isso né (...)”
(Branco)

“Avaliar também a questão da produção... saber o número de consultas que ele oferece no final né, o número de consultas realizadas... o número de atendimentos que cada um profissional, cada categoria faz no sentido de a gente (...) calcula-se realmente nós estamos atendendo dentro de alguns... de alguns referenciais que o próprio sistema oferece (...)”
(Vermelho)

Para Santos (2003), o melhor esclarecimento das barreiras ao uso deste SI poderá proporcionar o seu aprimoramento e sua utilização para o planejamento de ações em saúde no nível local, através de uma avaliação continuada por meio de dados concretos e a tomada de decisões sobre as intervenções efetivas e necessárias para a alteração da realidade em nível local.

No cumprimento e metas entendemos que a utilização de ferramentas para monitoramento e avaliação são indispensáveis, porém alguns coordenadores ligados à Universidade trouxeram como foco principal da coordenação as atividades de ensino e pesquisa, não percebendo a articulação desses com o SIAB.

“Enquanto coordenador eu trabalho muito pouco... porque eu acho que coordenação da unidade de saúde no caso nosso

vinculado a faculdade de medicina ela é uma coisa mais voltada pra o ensino (...)" (Branco)

"(...) eu não vejo assim, eu não sei qual seria o papel do coordenador mexendo diretamente com o programa... eu acho que não... é aquilo que eu te falei... eu acho que o coordenador tem uma função mais de ensino né (...)" (Vermelho)

"(...) eu não tinha tempo pra parar e verificar isso e eu acredito que como coordenador... como nós somos docentes da faculdade nós não podemos perder tempo com isso porque a cobrança da Universidade de São Paulo não é nesse sentido... ela não está nem aí pra o que você faz em termo de assistência e ensino, não está nem aí:::... o que interessa é paper... é artigo científico (...)" (Branco)

"(...) além disso a gente usa também pra efeito de ensino de graduação... os alunos do 5º ano de medicina tem que fazer uma apresentação para os colegas de cada núcleo e::: ai se usa também os relatórios do SIAB (...)" (Vermelho)

De fato, existem percepções que diferenciam a atuação de vários coordenadores. Aqueles que estão vinculados a alguma unidade de ensino tendem a compreender o uso do SIAB não articulado à coordenação, pois compreendem que estão mais vinculados as atividades de ensino e pesquisa, com isso, não percebem o SIAB como ferramenta de gestão, que inclusive pode potencializar o processo de ensino, ou seja, que a informação faz parte do ensino.

Situações mantidas com este tipo de coordenação em que não se utiliza o SIAB como ferramenta de gestão dos processos de saúde corroboram com a manutenção do *status quo* no que tange a formação dos recursos humanos e a conseqüente reprodução de práticas de saúde fragmentadas.

Diante desta situação, pode-se inferir que a universidade, com este direcionamento, priva o aluno de vivenciar a coordenação da APS que utiliza

essa ferramenta de gestão, limitando a formação desses recursos humanos no planejamento em saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004), salientam que as instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Destacam ainda, que a formação técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Em contraponto, os coordenadores que não estão ligados a Universidade trazem o seu trabalho de coordenador envolvendo o SIAB para monitoramento, avaliação e planejamento das ações na APS.

“(...) a partir desse programa a gente faz as análises e::: levantamentos dos dados que o SIAB pode nos fornecer e discutir as estratégias específicas em relação a cada equipe de saúde da família se aproveitar esse dados do SIAB.” (Azul)

“(...) a gente também usa esses dados pra levar a Secretaria da Saúde em discussão nas varias esferas da divisão de planejamento... na própria divisão de atenção básica né... e é justamente essa função nossa aqui e do SIAB pra isso.” (Azul)

“O meu objetivo é fazer um adequado monitoramento pra que a gente possa fazer uma avaliação do processo trabalho nosso e pra que a gente consiga planejar as atividades de equipe... ou

das equipes da cidade frente as necessidades de saúde da pessoa que a gente cuida.” (Lilás)

“Olha eu utilizo o SIAB pra saber quem eu... quantos eu atendo... como eles estão, que condições é principalmente assim né... porque o SIAB ele da:::... mais a questão assim de condições de moradia... é como é que ta... quantos analfabetos... diabéticos... hipertensos... tuberculosos... eu... eu::: eu utilizo o SIAB pra eu sabe quem eu to atendendo como eles estão porque... de uma maneira geral mesmo.” (Rosa)

Observou-se que o SIAB é percebido como uma ferramenta útil no processo avaliativo do planejamento, e tem como uma de suas características o suporte aos processos político de negociação vivenciado pela coordenação da APS.

É próprio do planejamento e gestão articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde. Quando na prestação direta dos serviços para a população em geral, o planejamento apresenta-se como um trabalho de gestão, trabalho que se ocupa dos outros trabalhos em saúde: organizando e processando essa organização de modo a que a assistência produzida para a população realize princípios ou pressupostos que instruem o agir, primeiro, políticos, e segundo, técnico-científicos, ele se apresenta como uma técnica que sabe sobre o modo de dispor, arranjar e processar outras técnicas (SCHRAIBER, 1999), no caso aqui, os SIS.

Esses processos são favorecidos pelo entendimento do trabalho do coordenador inserido na equipe de saúde, o que qualifica a tomada de decisão com enfoque na realidade local, buscando não somente o aprimoramento do processo de trabalho vivenciado pela equipe de saúde bem como a avaliação

da realidade sócio-econômica e sanitária contribuindo de forma prática com a mudança de modelo assistencial.

No nível central da SMS o coordenador da APS percebe seu trabalho como articulador entre o nível local de saúde e o central, no sentido de manter atualizadas, por meio de relatórios, os dados registrados pelas equipes no SIAB e de promover a comunicação entre essas duas esferas no que diz respeito aos problemas vivenciados pelas equipes da ESF identificados no nível central. Desta forma, neste nível de atenção (central) a retroalimentação dos dados se faz presente em situações esporádicas e específicas, ou seja, quando houver qualquer alteração de composição das equipes e/ou a não confiabilidade dos dados ou dificuldades vivenciadas pela equipe.

Percebe-se aqui que o SIAB é utilizado no nível central também como instrumento para o planejamento normativo, trazendo um caráter técnico do trabalho do coordenador na APS, necessário, e que pode favorecer conjuntamente o planejamento estratégico no que tange a qualificação da infraestrutura de saúde oferecida na APS.

Existe ainda uma fragilidade na utilização do SIAB pelos coordenadores no que diz respeito à fidedignidade dos dados gerados pelas equipes, uma vez que é sabido que há uma subnotificação dos dados por parte dessas equipes. Podemos relacionar esta subnotificação com fatores como, a qualificação profissional, o nível de comprometimento do trabalhador com as atividades exercidas, e o próprio processo da educação permanente, que se mostra, neste caso, distanciado da realidade de trabalho dessas equipes. Desse modo, o trabalho do coordenador no nível central se faz de modo pontual,

desarticulando algumas equipes do processo de planejamento mais geral da SMS.

“(...) a minha função simplesmente é levar a atualização dos dados as unidades de saúde... atualizações ligadas tanto a versão do sistema como a alteração da equipe ou criação de uma nova equipe... se trocar um agente comunitário... se trocar um enfermeiro... um médico... faz-se a atualização em outro setor e a gente leva essas informações ate a unidade de saúde e uma vez por mês a gente recebe essas informações e compila elas... tiramos alguns relatórios e enviamos para o Ministério.” (Laranja)

“(...) informação que chega depois de compilada... a gente atualiza o computador desse coordenador e se a gente notou alguma coisa errada... a gente avisa ele (...)” (Laranja)

“A gente acredita que têm algumas equipes que estão com mais iniciativa de olhar o SIAB e::: outras que nem tanto que nem aprenderam inclusive a pegar relatórios... então a gente tem ido mais atrás dessas equipes que estão precisando mais de ajuda.” (Lilás)

“(...) a gente vai e conversa com os gerentes... com os representantes das equipes, quando a gente não conversa com algumas... infelizmente algumas só... equipes de agentes de saúde da família e equipes de agentes comunitários de saúde, são aquelas que precisam mais... aquelas que a gente acha pelo monitoramento que a gente faz (...)” (Lilás)

“(...) quando a gente conversa com equipes de agentes comunitários de saúde... com equipe de saúde da família ou com enfermeiros né... a gente conversa muito sobre o fato de ter um numero de crianças menor do que a gente acha que tem que ser... o número de idosos menor do que a gente acha que deve ser... conversamos com os programas de saúde... pra a gente dizer assim que há uma subnotificacao por exemplo... das pessoas com hipertensão e diabetes... a gente olha e vê né... das crianças que estão fora da escola né.. então assim... puxa... se vocês estão aqui com 93% das crianças dentro da escola de 7 a 14 anos, onde está esses 7%, esses 5%, quem são?.” (Lilás)

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do

domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva⁸.

Assim, entende-se que todo o processo da utilização do SIAB pelos coordenadores da APS permeia caminhos oriundos tanto do processo de aprendizagem vivenciados por esses sujeitos, quanto dos caminhos próprios dos modelos organizacionais instituídos e instintivos dos serviços de saúde pública, o que, muitas vezes, evidencia duplicidade de modelos assistenciais, co-existindo a assistência médica individualizada e os programas de promoção e prevenção em saúde em uma mesma instituição.

5.2.2. A utilização do SIAB pela equipe de saúde da família na percepção dos coordenadores da APS

Observou-se pelas entrevistas realizadas com os coordenadores da APS que existe um viés intenso em relação à utilização do SIAB por eles e na percepção que estes possuem de sua utilização pela equipe.

Antes de abordar sobre a utilização do SIAB é importante ressaltar o seu processo de construção e os distintos conceitos sobre o significado dos dados contidos no sistema no cotidiano do trabalho na atenção primária, pois aparece na fala dos coordenadores como algo já dado e sacramentado, como se não

⁸ NOB/RH-SUS é um documento referencial para informar a ação normativa do SUS. Pertence à deliberação do Conselho Nacional de Saúde e recomenda à Comissão Intergestores Tripartite a elaboração de uma Norma Operacional Básica de caráter nacional para a gestão do trabalho e da educação no SUS, bem como o encaminhamento dessa carta de princípios e diretrizes às Comissões Intergestores Bipartites, para as adequações às realidades estaduais e regionais. A elaboração desse instrumento foi decisão do Conselho Nacional de Saúde, decorrente dos debates e resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde, também para a área de *recursos humanos*, e propôs instrumentos normativos com capacidade de orientar a gestão do sistema de saúde. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, deliberou-se a necessidade de agregar gestores, trabalhadores e formadores em debate para o aperfeiçoamento de tal instrumento referencial.

existisse uma lógica de modelo de atenção à saúde que influencia o SIAB e o quanto este sistema também interfere no modelo.

O SIAB é um sistema de informação territorializado e foi implantado, em 1998, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF. Foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e incorporado à sua formulação conceitos básicos como território, problema e responsabilidade sanitária, inaugurando uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde, permitindo: micro espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas, consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregado (BRASIL, 2002).

Desta forma, ao trazer como resultado o tema “A utilização do SIAB pela equipe de saúde da família na percepção dos coordenadores da APS” reforça-se o entendimento que se tem, nesta investigação, do SIAB como ferramenta de gestão para a tomada de decisão, onde os sistemas de informação são insumos imprescindíveis para a coordenação da APS, a fim de atingir as metas e ações propostas para as intervenções necessárias.

O Sistema de Informação em Saúde está inserido em um sistema maior e mais complexo: o Sistema Único de Saúde. Os sistemas se misturam à medida que seus componentes trazem uma visão em comum, ou seja, atingir a qualidade da assistência a saúde, através de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo como finalidade global a qualidade de vida e que tem a ver com os

vários outros sistemas como educação, moradia, habitação, transporte e todos os outros relevantes a vida (PINTO, 2000).

Nas falas dos coordenadores identificou-se que há um emaranhado de dados e registro obrigatórios no SIAB e outros sistemas pouco úteis como dispositivo para subsidiar a tomada de decisão pelos coordenadores da APS.

Embora o SIAB seja um importante instrumento de gestão na medida em que tem por finalidade produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação nos municípios com a ESF (BRASIL, 2002), foi identificado durante este estudo que alguns coordenadores percebem a subutilização desta ferramenta pelas equipes, ou seja, eles identificam que muitas equipes preenchem as planilhas dos sistemas de informações com a finalidade de cumprir a tarefa de enviar dados para a SMS.

Algumas falas, a seguir, demonstram estas observações realizadas em relação à percepção da utilização do SIAB pelos coordenadores da APS. Percebe-se aqui que do mesmo modo que os sistemas de informação são influenciados pelos indivíduos, estes também influenciam o dia a dia da coordenação, contendo entraves relativos aos aspectos de comunicação e integração entre os sistemas, e ainda, favorecendo no seu registro de dados o acúmulo para o processo de trabalho, apresentando limites no seu próprio banco de dados. Quando o SIAB não responde às necessidades da equipe na ESF, ele deixa de ter o caráter de ser uma ferramenta de gestão, causando uma alienação no processo de planejamento.

“(...) o SIAB (quando) muda o ano ele tem uma dificuldade de mudar a idade das pessoas.. então sempre quando muda de

ano todo mundo fica bravo porque tem que fazer o recadastramento tudo certinho (...)" (Lilás)

"(...) mas eu acho que ele podia condensar mais coisas né... mais informações e reunir os nossos programas e poderia ter algumas informações do software que poderia facilitar a vida das pessoas que preenchem e talvez se sobrasse um tempo uma terceira coisa... talvez um ambiente mais gostoso... um ambiente limpo... acho que essas três coisas aí." (Lilás)

"(...) os sistemas de informação são muito importantes pra vida do dia-a-dia e se você se não pegar o sistema de informação e atualizá-lo no dia-a-dia você perde informação e se você perder informação... você perde o tino daquilo que você deve fazer num planejamento com uma equipe em uma avaliação... então está tudo muito junto... monitoramento... avaliação... planejamento e ação... então essas coisas tem que se encontrar muito e sem um instrumento desse...eu acho que se preencher devidamente o sistema e se olhar pra o sistema devidamente e estiver espaço na agenda pra fazer isso... acho que vai estar muito bom do tamanho que está." (Lilás)

Entende-se que do mesmo modo que os sistemas de informação em saúde influenciam o processo de trabalho dos profissionais que o utilizam, sua utilização também é influenciada por fatores técnicos, estruturais e políticos vivenciados no cotidiano de trabalho dessas equipes. Estes fatores podem tanto potencializar quanto fragilizar todo o sistema onde está inserido o próprio SI.

Segundo Pinto (2000), para o planejamento, monitoramento, avaliação e acompanhamento dos serviços e ações de saúde é necessário um sistema de informação adequado, uma vez que estes influenciam e são influenciados pelo modelo de saúde em vigência, sendo concebidos segundo a lógica da organização dos serviços de saúde.

Nas falas observou-se que a inserção de profissionais sem o perfil adequado para o trabalho com a APS, a alta rotatividade desses profissionais e a falta de contratação de agentes comunitários de saúde influenciam

negativamente na utilização desse SI, uma vez que, esse despreparo de alguns profissionais e a falta desses profissionais contribuem para a baixa confiabilidade dos dados gerados no sistema.

“(...) a troca de profissionais é muito grande e o pessoal de um tempo pra cá não foi renovando... não foi treinando esse pessoal... existe até um projeto pra estar atualizando os dados desse pessoal novo... mas também ainda não foi pra frente.” (Laranja)

“Muitas vezes quando vai criar uma equipe é feito uma entrevista entre os próprios médicos que já existem na rede e alguns médicos se dispõem a trabalhar como medico de saúde da família... porém durante o dia-a-dia esse medico não apresenta o perfil de ser um medico generalista... ou seja.. fazer clinica médica, pediatria e GO.. onde no dia-a-dia ele sente muita dificuldade e é por esse motivo que muitas equipes começam a determinado profissional medico... trabalha-se um tempo... esse profissional medico as vezes não dá continuidade prefere sair da equipe... a equipe que era do PSF vira uma equipe PACS... ate contratar um novo profissional da área demora-se um tempo... então a equipe fica com problemas funcionais durante esse tempo que fica sem profissional médico... a área atendida pela população fica sem profissional médico.” (Laranja)

“(...) cerca de 50% das equipes esta defasada na quantidade de a gentes comunitários, a equipe de PSF deveria ter 6 a gentes comunitários... mas uma boa parte disso não tem seis... tem cinco... tem quatro... algumas estão até abaixo do limite até que seja contratadas novas pessoas... porque muitas vezes a contratação depende de um trabalho da prefeitura que não é tão rápido.. você precisa fazer provas... entrevistas pra poder estar escolhendo um novo profissional e isso não é do dia pra noite e durante esse tempo... com certeza... a equipe e a população da área fica descoberta.” (Lilás)

“Pelo SIAB eu acho que em alguns momentos a montagem das equipes é equivocada... em que sentido? Cria-se uma equipe... passa-se um tempo muda-se a equipe... não há uma continuidade de muitos profissionais dessa equipe... como eu estava falando... em alguns momentos a falta de continuidade dos profissionais da equipe atrapalha e muito... por que entra assim novos profissionais e muitas vezes nos profissionais não recebemos o treinamento adequado... recebendo somente o treinamento do profissional anterior... que não por ser da área de informática e muitas vezes até não ter material adequado pra treinamento... a passagem das informações de um profissional anterior para um novo fica equivocado... que é

onde a gente detecta a maior quantidade de erros, maior quantidade de erros que eu detecto..." (Laranja)

"A contratação dos agentes de saúde... a gente precisa de repor os agentes." (Lilás)

"(...) uma delas é que eu estou com vários agentes desfalcados há bastante tempo entendeu e a lista de espera do concurso terminou em setembro do ano passado.. então eu tenho várias é microáreas que quando iniciamos há oito anos atrás tinha uma cobertura de cem por cento... a gente dividiu a área de abrangência da unidade de saúde cem por cento que tinha os a gentes... aí depois a gente fez outro concurso aí foram aprovados só quinze esses quinze foram chamados... já trabalharam... outros pediram demissão... agora eu tenho uma equipe de saúde que tem três a gentes... tira um mês de férias e você fica com dois... então até que ponto você pode confiar? então a equipe trabalha assim (...)" (Amarelo)

Toda coordenação tem uma dimensão do trabalho que é educativa, de diagnosticar as demandas de capacitação técnica-científica dos diferentes membros da equipe de saúde e procurar estratégias para viabilizar as capacitações necessárias.

Em relação às questões de utilização adequada do SIAB, esta dimensão educativa do trabalho de coordenador da APS aparece em suas falas, pois salientam a importância da equipe de saúde da família estar capacitada para alimentar os dados com qualidade e obter relatórios, explorando todas as possibilidades de resultados do processamento de dados existentes no SIAB.

Desta forma, nos fragmentos das falas identificou-se o problema do SIAB quanto a inexistência de treinamento e a atualização da equipe no sentido de qualificar a coleta de dados, o registro, finalidades, com o objetivo de atingir a confiabilidade dos dados registrados pelos agentes comunitários de saúde e toda a equipe. Na atividade de coordenação da APS e relacionado ao SIAB como ferramenta de gestão, aparece a supervisão como uma etapa

importante na utilização SIAB como ferramenta de gestão, reforçando a necessidade de toda a equipe receber capacitação sobre a finalidade do SIAB e seu funcionamento.

As entrevistas a seguir exemplificam a posição dos coordenadores quanto à qualidade e confiabilidade dos dados do SIAB:

“Olha ele é uma ferramenta importante para as equipes... mas ele tem que ser bem alimentado e as pessoas né... então você tem que ter as pessoas pra alimentar... você tem que confiar... então você vai pegar um dado igual o pessoal dessas equipes de trabalho e as vezes fala assim... olha aqui está faltando família... esse dado não está correto... então a gente tem um pouco de dificuldade.” (Lilás)

“(...) uma das coisas que a gente está discutindo realmente é a questão da necessidade do treinamento de todos os profissionais para trabalhar com o SIAB... eu acho que assim... que tem muitas coisas que são limitantes... são bem limitados os dados que vão pro SIAB... mas mesmo com isso a gente usa muito.” (Lilás)

“Olha o que eu me lembro que eu tive foi no início quando teve o introdutório... mas dentro do curso introdutório pro PSF em uma tarde lá que fala a respeito do SIAB... assim os dados... mas foi assim... muito pequena a carga horária.” (Rosa)

“(...) tem::: tem::: o que eu tenho lido sobre isso.. os próprios manuais do Ministério da Saúde... a nova diretriz da direção básica que saiu... eu tenho um conhecimento por alto e tenho que aprofundar...” (Branco)

“(...) não há maiores dificuldades pra lidar com o SIAB... na verdade o que existe realmente no SIAB é a confiabilidade dos dados que os a gentes de saúde nos trazem né... quer dizer... existe uma possibilidade de levantamento de dados errôneos pelos a gentes comunitários que dependem de vários fatores... depende de fatores de treinamento do a gente comunitário de capacidade intelectual de a gente comunitário... de capacidade de redação do a gente comunitário... de controle realmente do trabalho do a gente comunitário né... essas atividades desenvolvem uma dificuldade muito grande no trabalho deles e... conseqüentemente... os dados... aqui na finalização dos dados do SIAB ela pode ter o risco de não ter uma confiança total... agora no que se refere aí aos dados específicos do SIAB... as informações que eles trazem é um sistema muito útil... bastante útil.” (Azul)

“(...) mas eu acho que o SIAB é uma ferramenta extremamente importante desde que adequadamente preenchido... desde que adequadamente observado... pra dar uma noção boa de monitoramento e por uma avaliação de planejamento (...)” (Lilás)

“(...) há seis anos atrás havia necessidade de um suporte técnico na área do SIAB né... que iria na época desde treinamento... treinar as pessoas como preencher as fichas de acompanhamento... preencher os sistemas... falar e ensinar o pessoal a usar o sistema.” (Laranja)

“(...) uma parte desse pessoal foi treinada em relação aos computadores que ficou de passar né... replicadores da informação para outros... outros usuários... para outros a gentes comunitários.” (Rosa)

Em estudo realizado por Figueiredo et. al. 2006, as limitações no envolvimento da equipe com a utilização do SIAB, o desconhecimento das finalidades e utilização deste SI por alguns profissionais das equipes da ESF estudadas, foram atribuídas a pouca presença da educação permanente como prioridade no cotidiano do trabalho da ESF (Informação verbal⁹).

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

Assim, para além do processo da capacitação, faz-se necessário a aproximação da educação com a vida cotidiana como fruto do reconhecimento

⁹ Informação verbal fornecida por Figueiredo et.al. In 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006, São Paulo. Anais do 8º Congresso Brasileiro de medicina de Família e Comunidade 2º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006. v. único. p. 174-175.

do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco.

Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo, com vista a contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia educativa integral orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida com o desenvolvimento permanente de seus recursos humanos, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, problematizando o próprio fazer (BRASIL, 2009).

Uma realidade encontrada por Freitas e Pinto, (2005), Bergo (2006) e Guedes (2007), é a de que a maioria das equipes da ESF recebe treinamento no momento da implantação da ESF na unidade e como a rotatividade dos membros das equipes é elevada, aqueles que entram posteriormente aprendem a manipular o SIAB após leituras de manuais, manipulando o sistema ou com outros colegas que os ensinam, refletindo nas dificuldades da utilização deste SI por estas equipes.

Considerou-se como atividades do coordenador da APS realizar, juntamente com a equipe de saúde da família, o diagnóstico de saúde da micro área e da área de abrangência da APS; conhecer as prioridades do serviço e as ações necessárias a serem desenvolvidas pela equipe à população; propor

e implementar atividades com a equipe voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde da população a partir do diagnóstico realizado, utilizando ferramentas para a gestão e tomada de decisão, conhecendo as formas de registro dos sistemas de informação e os resultados de seu processamento.

As falas a seguir ressaltam a importância do SIAB como ferramenta no planejamento local das ações, pois este possibilita a identificação das características e situação sanitária da população na área de abrangência da equipe de saúde, por meio do diagnóstico populacional.

“(...) vamos pontualmente à medida que dentro dos atendimentos das unidades a gente detecta pontos problemáticos ou de dificuldades... no atendimento de patologias ou em gravidade de patologias e a partir dessas detecções nos fazemos os levantamentos dos dados do SIAB por área... por faixa etária... por sexo... por fatores de risco de cada família.” (Azul)

“(...) quanto que os agentes têm dessas pessoas nessa faixa etária pra estar vindo fazer a vacinação? a mesma coisa a questão com os idosos... olha a nossa cobertura está baixa... está baixa em quanto?” (Amarelo)

“Quantas doses foram aplicadas e quantos idosos eu tenho na área? tem microárea a gente tem mais... então com esses dados que você faz uma programação né... uma avaliação.” (Amarelo)

No contexto da saúde, a informação é o produto de um conjunto de informações sociais, demográficas e epidemiológicas, produzidas por instituições públicas e privadas, utilizadas no conhecimento da realidade local, regional e nacional, no apoio ao planejamento e tomada de decisão (Teixeira, 1996).

No nível central da SMS, este SI favorece a avaliação e o planejamento da estratégia de implantação/expansão da saúde da família no município através dos dados sócio-demográficos gerados por outras equipes de saúde da família no município por meio do SIAB. Estes dados sócio-demográficos favorecem o planejamento estratégico pelos gerentes e equipes da saúde da família bem com o processo de tomada de decisão, com mostra as falas abaixo.

“(...) por exemplo... nós estamos com uma necessidade de uma quarta equipe no (X)... essa quarta equipe vai ficar com a favela do (X)... A favela (X) tem quatrocentas famílias quase... muito grande né... então assim... será que dá pra ela cuidar mais do que essas quatrocentas famílias? a equipe que está lá... essa equipe vai trabalhar com mil e novecentas pessoas... duas mil pessoas que trabalham... porque a gente tem certeza que essas pessoas vão precisar cem por cento deles lá (...)” (Lilás)

“(...) tem lugar... por exemplo... que cinquenta por cento tem convênio... mas tem lugar que... nossa... é cem por cento dessa região da favela (...)” (Lilás)

“(...) esses números nos ajudam a falar... pelo amor de Deus... você não pode cuidar de tanto... mas também você não pode trabalhar tão pouco (...)” (Lilás)

“(...) precisa de um dado pra saber quantos pacientes hipertensos têm entendeu... qual microárea você tem mais... eles mandaram uma relação de pacientes cadastrados... então a gente vê pelo SIAB... quantos paciente tem cadastrados... quanto que está no sistema e quanto que esta na secretaria né... e você faz um cálculo também pela população que você tem... estimada por a gente de saúde... esses dados que a gente trabalha .” (Laranja)

Entende-se que o SIAB pode ser um dos sistemas de informação que subsidia o diagnóstico da saúde da população e uma ferramenta para tomada de decisão, porém na fala dos coordenadores a equipe de saúde da família

procura buscar outras informações que o referido sistema não registra e/ou não produz em seus relatórios.

Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração dos SIS constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a Atenção Básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando – a com os demais níveis de atenção, além de serem recursos básicos para o planejamento e a avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (BRASIL, 2004).

Na Atenção Primária à Saúde, é necessário que o coordenador tenha uma participação ativa no planejamento das ações de saúde com a equipe, avaliando a fase de coleta, registro e análise de dados do SIAB, a fim de poder contar com a confiabilidade dos dados e sugestões para melhoria deste sistema e a integração deste com outros sistemas de informação.

5.2.3. As sugestões dos coordenadores da APS para potencializar a utilização do SIAB no cotidiano do trabalho.

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

“...os diferentes relatórios que são feitos e que não encontram comunicação com esses sistemas de informação, então não há uma interface entre os sistemas de informação, então na verdade se gasta muito tempo, se gasta muito recurso financeiro e se poderia ter um resultado muito melhor se os

sistemas de informação pudessem se comunica entre si e pra atende as necessidades dos profissionais que estão na ponta do sistema.” (Vermelho)

“Duas coisas né... primeiro que ele... o SIAB é muito bom... mas o SIAB podia ser mais integrado com os outros sistemas... então assim... as pessoas trabalham muito na ponta viu... trabalham de mais... e ter que parar pra fazer relatório... ter que parar para preencher os SISCOB... SIS pré-natal... hiperdia... o SIAB e agora de notificação da violência aí... fazendo notificações da violência... isso é muito difícil... então para o SIAB eu acho que se o SIAB fosse capaz de reunir tudo isso seria muito bom... um sistema, um SIABAO em geral...porque eu acho que o nome SIAB é tão bom né... sistema de informação da atenção básica né.. de tudo né... então podia trazer todas essas informações (...)” (Lilás)

Além das sugestões descritas acima, os coordenadores das unidades de saúde da família que desenvolvem atividades ligadas a docência na universidade, falaram sobre a dificuldade de lidar com as exigências da universidade relacionadas com a produção científica e o papel de gerenciamento e coordenação que os mesmos precisam exercer. Sendo assim, um dos coordenadores sugeriu que a universidade participasse e apoiasse este tipo de atividade dos coordenadores.

“...a coordenação precisa ser uniformizada, o papel do coordenador por exemplo relacionado por ex. a esse sistema de informação (...) assim de estar acompanhando de como ele faria esse acompanhamento, isso precisa ser uniformizado e tem que ser uma iniciativa da instituição...” (BRANCO)

A questão da criação do cargo de agente comunitário de saúde no município de ribeirão preto também foi abordada, como fundamental para uma boa coordenação a nível local das equipes de saúde da família.

“...a gente tem que melhorar e a gente precisa declarar para a nossa revisão de final de ano neh de que o distrito (A)... o

distrito (B) está muito precário na colocação de agentes comunitários e que município por sua vez ele não tem como andar pra frente se cargos pra agentes comunitários de saúde não forem criados... tem que criar o cargo e o gestor vai ter q fazer isso..." (Lilás)

"Eu acho que o SIAB deveria ser mais difundido a nível da secretaria do município de Ribeirão Preto e essa difusão aí ela esbarra na contratação de agentes comunitários ou na ampliação das equipes de estratégias ou de PSF..." (Azul)

Outra sugestão comentada pelos coordenadores foi em relação ao software do SIAB, que necessita ser reavaliado e modernizado. Dentre as sugestões relacionadas destacou-se sobre a necessidade anual de recadastrar todas as famílias, inflexibilidade do sistema para receber informações sobre outras doenças e condições de saúde dos indivíduos e famílias cadastradas.

"...quando o SIAB muda de ano ele tem uma dificuldade de mudar a idade das pessoas, então sempre quando muda de ano todo mundo fica bravo porque tem que fazer o recadastro tudo certinho... tudo de novo e também eu acho que isso tudo é muito terapêutico e assim muito pedagógico..." (Lilás)

"...acaba sendo subnotificado o SIAB pelo pessoal, mas assim são essas duas coisas, mas eu acho que ele podia condensar mais coisas... mais informações e reunir os nossos programas e poderia ter algumas informações do software que poderia facilitar a vida das pessoas que preenchem e talvez se sobrasse um tempo uma terceira coisa... talvez um ambiente mais gostoso... um ambiente limpo... acho que essas três coisas ai." (Lilás)

"...outra coisa eu colocaria mais os acamados neh, acho que os acamados ia ficar muito legal... é acamado... portadores de deficiência... mas não tem os acamados né:::..., acho que os acamados seria mais legal." (Lilás)

A falta de funcionários nas equipes para auxiliá-los no registro das informações, coleta e elaboração de relatórios também tende a dificultar o trabalho. E como sugestão, destacamos a fala a seguir:

“... eu acho que até era uma coisa interessante pra faculdade fazer, monitorar isso periódico, mas aí precisaria ter um funcionário específico pra isso pra ir nas unidades...” (Branco)

“... porque a distribuição no município dos agente comunitários nas duas estratégias ela não é completa, então quando você faz um levantamento você consegue um levantamento das áreas que você tem na coleta do SIAB, se tiver áreas descobertas... esses dados com certeza vão ter uma credibilidade interrogada”. (Azul)

Desta forma, as sugestões apresentadas nos fragmentos das falas estiveram relacionadas com a integração do SIAB com os outros SIS; apoio da universidade na uniformização do SIAB para facilitar a coordenação da APS; reavaliação e modernização do software; possibilidade de atualização do cadastro das famílias; flexibilidade em receber informações sobre outras doenças e informações sobre as famílias e disponibilidade de funcionários para auxiliar as equipes no registro e coleta dos dados, e na elaboração dos relatórios.

Neste estudo, identificou-se que as sugestões vão além da utilização do SIAB como ferramenta de trabalho da equipe, indo ao encontro com as necessidades do aprimoramento deste SI para o trabalho dos coordenadores da APS no que tange o planejamento em saúde e a tomada de decisão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como eixo de análise a atenção primária à saúde e todo o percurso metodológico foi no sentido de analisar a utilização do SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto, SP para a tomada de decisão; com enfoque no sistema de informação como ferramenta de gestão.

Frente aos pressupostos que orientaram a organização deste estudo, de que “O SIAB é um Sub-Sistema de Informação em Saúde, representando um componente do sistema de saúde e tendo a função de facilitar a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, sendo uma ferramenta para o processo de tomada de decisões, instrumentalizando a gestão da ESF e, portanto, colaborando no processo de gestão da saúde no nível local (municipal)”, e após ter apresentado os resultados desta investigação em seu aspecto de análise tema central **O Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e a Gestão na Atenção Primária à Saúde** e seus três subtemas: **1. A visão do trabalho do coordenador na gerência da APS; 2. A utilização do SIAB pela equipe de saúde da família na percepção dos coordenadores da APS e 3. As sugestões dos coordenadores da APS para potencializar a utilização do SIAB no cotidiano do trabalho**, que possibilitaram analisar a utilização do SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde, passa-se a apresentar as considerações pertinentes ao desenvolvimento da investigação realizada.

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.

O SIAB tem como característica dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizada pelas equipes da ESF e gerar informações essenciais para as Secretarias Municipais de Saúde, Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde. Ele é um sistema que sistematiza os dados coletados, possibilitando a sua informatização, gerando relatórios de acompanhamento e avaliação.

Esse sistema 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. É composto por um programa de computador (software) e por algumas fichas (A, B, C, D) e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4).

O preenchimento das fichas do SIAB bem como a alimentação do seu banco de dados é muito mais do que um processo de registro de dados para a manutenção das equipes da ESF ou PACS. É também um momento da equipe olhar para esses dados e transformá-los em informação, de modo a instrumentalizar o SIAB como ferramenta para a estruturação e consolidação da APS, enquanto um modelo articulador de assistência à saúde que possibilite

a estas equipes, domínio e conhecimento da realidade local, tanto do ponto de vista geográfico como sócio-econômico e sanitário.

O SIAB possui 46 indicadores que permitem caracterizar a situação sócio sanitária, o perfil epidemiológico, e acompanhamento de ações e metas de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da família: Indicadores de cadastramento das Famílias; Indicadores de Acompanhamento de Grupos de Risco; Indicadores de registro de Atividades, Procedimentos e Notificações e Marcadores de Atenção Básica.

Com relação ao fluxo, as informações são enviadas do nível central para o local conforme a necessidade dessas informações para o nível local do ponto de vista da SMS. Do mesmo modo, quando o nível local percebe a necessidade de informações que ainda não recebeu, o coordenador vai até a SMS buscá-las, na tentativa de subsidiar o processo de negociação relativo a essas informações.

Sem a adequada integração do nível local com o nível central da SMS nos aspectos relativos ao cotejamento dos dados produzidos no SIAB, o processo de gestão, planejamento e programação das ações de saúde baseadas nas necessidades da população ficam desarticulados gerando deficiência na produção social de saúde.

No processo de construir e gerir o campo da saúde conforme os princípios e filosofias do SUS, o Sistema de Informação em saúde passa a ser um instrumento importante na tomada de decisão, um facilitador para seus agentes conhecerem e intervirem na produção e utilização das informações que dizem respeito não apenas à situação de saúde das pessoas, mas também ao meio físico, e os relativos às questões sociais, econômicas e culturais da população.

O Pacto Pela Saúde 2006, além de ser um instrumento técnico dos gestores do SUS, instrumentaliza as políticas públicas de saúde para a consolidação e qualificação da ESF como modelo de APS e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, contribuindo com o avanço para que a situação da Informação em Saúde adquira outra conformação, a fim de dinamizar os indicadores e marcadores em saúde, possibilitando que a gestão se torne mais efetiva, e de fato, utilizada entre os entes subnacionais.

Na análise da visão do trabalho do coordenador na gerência da APS considerou-se que os coordenadores possuem distintas percepções em relação ao SIAB como ferramenta de gestão. Essas concepções influenciam diretamente o planejamento local, contribuindo para que processos distintos sejam instituídos na gestão local. O coordenador revela conhecimento, domínio e utilização da informação como processo inerente ao trabalho da equipe, possibilitando uma aproximação da realidade sanitária com planejamento de ações de saúde, garantindo que potencialidades e fragilidades possam ser identificadas por meio da avaliação da informação. Por outro lado o coordenador enquanto elo comunicador entre a análise dos dados do SIAB no nível central e no nível local do sistema de saúde municipal, não se coloca como parte atuante deste processo de gerir, por meio da utilização dos SI em saúde, o processo saúde doença, e a conseqüente mudança no modelo assistencial. Evidenciou-se também que o coordenador tem sua visão na função de coordenação distante do processo de trabalho em equipe relacionado ao SIAB e se coloca em uma posição passiva, dependente da demanda levantada pela equipe.

Cabe ressaltar, que a utilização do SIAB é influenciada pelo entendimento que os profissionais da ASP têm do seu trabalho. Tanto as equipes quanto os coordenadores sofrem com problemas estruturais e políticos que influenciam nesta utilização.

Observa-se que o SI é utilizado pelos coordenadores da APS no nível local, nas suas mais variadas formas, seja ele utilizado como instrumento gerencial para organização do trabalho nas unidades de saúde, seja ele utilizado enquanto fonte de dados para planejamento de atividades de prevenção e controle de doenças diagnosticadas na comunidade, ou mesmo, utilizado enquanto ferramenta para o ensino de alunos de graduação e pós-graduação.

Nesse estudo o SIAB é utilizado pelos coordenadores do nível local no processo de avaliação das ações assistenciais desenvolvidas pelas equipes, mesmo que, para alguns coordenadores, esta utilização não seja entendida como ferramenta para avaliação. Quando alguns coordenadores utilizam o SIAB como ferramenta para avaliação do trabalho da equipe isto se processa de forma incipiente, não rotineira e não sistematiza, partindo sempre de uma demanda encontrada e trazida pela avaliação da equipe da ESF.

Observa-se que quando os coordenadores não percebem a necessidade da utilização desse sistema de informação e não articula com a realidade local, o planejamento das ações de saúde fica a mercê do nível local, tornando-os meros executores da programação instituída pelo nível central, distanciando a realidade sanitária dos dados contidos no SIAB. Assim, não se percebem enquanto produtores e instituintes da mudança do modelo assistencial.

Os coordenadores consideram o SIAB como ferramenta técnico-burocrática, reforçando o seu trabalho de coordenador com enfoque na produtividade, fragilizando o uso da informação para o planejamento em saúde.

Entende-se que no cumprimento e metas a utilização de ferramentas para monitoramento e avaliação são indispensáveis, porém alguns coordenadores ligados à Universidade trouxeram como foco principal da coordenação as atividades de ensino e pesquisa, não percebendo a articulação desses com o SIAB.

Existem nesse estudo percepções que diferenciam a atuação de vários coordenadores. Aqueles que estão vinculados a alguma unidade de ensino tendem a compreender o uso do SIAB não articulado à coordenação, pois compreendem que estão mais vinculados as atividades de ensino e pesquisa, com isso, não percebem o SIAB como ferramenta de gestão, que inclusive pode potencializar o processo de ensino, ou seja, que a informação faz parte do ensino.

Pensa-se que situações mantidas com este tipo de coordenação em que não se utiliza o SIAB como ferramenta de gestão dos processos de saúde corroboram com a manutenção do *status quo* no que tange a formação dos recursos humanos e a conseqüente reprodução de práticas de saúde fragmentadas.

Nessa investigação os coordenadores que não estão ligados a Universidade trazem o seu trabalho de coordenador envolvendo o SIAB para monitoramento, avaliação e planejamento das ações na APS. Para esses coordenadores o SIAB é percebido como uma ferramenta útil no processo

avaliativo do planejamento, e tem como uma de suas características o suporte aos processos político de negociação vivenciado pela coordenação da APS.

Cabe ressaltar, que todo o processo da utilização do SIAB pelos coordenadores da APS permeia caminhos oriundos tanto do processo de aprendizagem vivenciados por esses sujeitos, quanto dos caminhos próprios dos modelos organizacionais instituídos e instintivos dos serviços de saúde pública, o que, muitas vezes, evidencia duplicidade de modelos assistenciais, co existindo a assistência médica individualizado e os programas de promoção e prevenção em saúde em uma mesma instituição.

Em relação à utilização do SIAB pela equipe de saúde da família na percepção dos coordenadores da APS identificou-se que há um emaranhado de dados e registro obrigatórios no SIAB e outros sistemas pouco úteis como dispositivo para subsidiar a tomada de decisão pelos coordenadores da APS.

Alguns entrevistados perceberam a subutilização do SIAB pelas equipes, identificando que muitas equipes preenchem as planilhas dos sistemas de informações com a finalidade de cumprir a tarefa de enviar dados para a SMS.

Percebe-se que do mesmo modo que os sistemas de informação são influenciados pelos indivíduos, estes também influenciam o dia a dia da coordenação, contendo entraves relativos aos aspectos de comunicação e integração entre os sistemas, e ainda, favorecendo no seu registro de dados o acúmulo para o processo de trabalho, apresentando limites no seu próprio banco dados. Quando o SIAB não responde às necessidades da equipe na ESF, ele deixa de ter o caráter de ser uma ferramenta de gestão, causando uma alienação no processo de planejamento.

Entende-se que do mesmo modo que os sistemas de informação em saúde influenciam o processo de trabalho dos profissionais que o utilizam, sua utilização também é influenciada por fatores técnicos, estruturais e políticos vivenciados no cotidiano de trabalho dessas equipes. Estes fatores podem tanto potencializar quanto fragilizar todo do sistema onde está inserido o próprio SI.

Observou-se também que a inserção de profissionais sem o perfil adequado para o trabalho com a APS, a alta rotatividade desses profissionais e a falta de contratação de agentes comunitários de saúde influenciaram negativamente na utilização desse SI, uma vez que esse despreparo de algum profissional e o falta desses profissionais contribuem para a baixa confiabilidade dos dados gerados no sistema.

Nas questões de utilização adequada do SIAB, esta dimensão educativa do trabalho de coordenador da APS aparece em suas falas, pois salientam a importância da equipe de saúde da família estar capacitada para alimentar os dados com qualidade e obter relatórios, explorando todas as possibilidades de resultados do processamento de dados existentes no SIAB.

Na atividade de coordenação da APS e relacionado ao SIAB como ferramenta de gestão, aparece à supervisão como uma etapa importante na utilização SIAB como ferramenta de gestão, reforçando a necessidade de toda a equipe receber capacitação sobre a finalidade do SIAB e seu funcionamento.

Identificou-se como problema do SIAB a inexistência de treinamento e a atualização da equipe no sentido de qualificar a coleta de dados, o registro,

finalidades, com o objetivo de atingir a confiabilidade dos dados registrados pelos agentes comunitários de saúde e toda a equipe.

Observou-se que alguns coordenadores dão importância ao SIAB como ferramenta no planejamento local das ações, pois este possibilita a identificação das características e situação sanitária da população na área de abrangência da equipe de saúde, por meio do diagnóstico populacional.

No nível central o SI favorece a avaliação e o planejamento da estratégia de implantação/expansão da saúde da família no município através dos dados sócio demográficos gerados por outras equipes de saúde da família no município por meio do SIAB. Estes dados favorecem o planejamento estratégico pelos gerentes e equipes da saúde da família bem com o processo de tomada de decisão.

Entende-se que o SIAB pode ser um dos sistemas de informação que subsidia o diagnóstico da saúde da população e uma ferramenta para tomada de decisão, porém na fala dos coordenadores a equipe de saúde da família procura buscar outras informações que o referido sistema não registra e/ou não produz em seus relatórios.

Considera-se nesse estudo que na atenção primária à saúde é necessário que o coordenador da APS tenha uma participação ativa no planejamento das ações de saúde com a equipe, avaliando a fase de coleta, registro e análise de dados do SIAB, a fim de poder contar com a confiabilidade dos dados e sugestões para melhoria deste sistema e a integração deste com outros sistemas de informação.

Como sugestões dos coordenadores da APS para potencializar a utilização do SIAB no cotidiano do trabalho foram identificadas, nesse estudo,

que estão relacionadas com a integração do SIAB com os outros SIS; apoio da universidade na uniformização do SIAB para facilitar a coordenação da APS; reavaliação e modernização do software; possibilidade de atualização do cadastro das famílias; flexibilidade em receber informações sobre outras doenças e informações sobre as famílias não contidas no software atual, e disponibilidade de funcionários para auxiliar as equipes no registro e coleta dos dados, e na elaboração dos relatórios.

Consideram-se todas as sugestões importantes para potencializar o SIAB como ferramenta de gestão na APS, atendendo as necessidades do aprimoramento deste SI para o trabalho dos coordenadores da APS no que tange o planejamento em saúde e a tomada de decisão.

Após todas essas considerações acredita-se que esta investigação possa contribuir para que todas as pessoas envolvidas com os sistemas de informação em saúde, principalmente, para a equipe da APS, fortaleçam o SIAB como ferramenta para a estruturação e consolidação da APS, e como articulador de assistência à saúde que influencia e é influenciado pelo modelo de saúde.

Acredita-se que as fragilidades aqui apontadas possam ser superadas pelos níveis do sistema que manipulam e utilizam o SIAB, e ainda, que sua elaboração possa ser revista nos vários níveis de atenção do sistema de saúde, a fim de que venha, realmente, ser uma ferramenta que ajude o coordenador da APS no planejamento em saúde e na tomada de decisão.

Acredita-se também que esta pesquisa possa alertar as pessoas envolvidas com o SIAB sobre a importância de participarem de capacitações e

treinamentos como agentes ativos do processo, a fim de potencializar a confiabilidade dos dados.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. C. .M. **Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 2006. 87 p.

BARBOSA, P. R.; LIMA, S. M. L. Gestão em saúde: bases para maior eficiência e eficácia. **Rev Espaço Saúde**, v. 5, n. 5, p. 5-12, 1996.

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

BRANCO, M. A. F. O Uso da Informação em saúde na gestão municipal para além da norma. In: CARVALHO, E.F. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. v.1. 338p.

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. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1013, de 11 de Setembro de 2000**. Diário Oficial da União, nº. 175 – E, 33. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/ Universidade de São Paulo**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão: Departamento de Atenção Básica 1998 – 2002**. Brasília: MS, 2002.

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. DATASUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – Proposta versão 2.0**. Brasília, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – 2005. 98 p. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em julho de 2009.

BRASIL. **Constituição da República de 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao>. Acesso em 23 jul. 2006.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 10 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica – DAB. Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros>>. Acesso em 18 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BERGO, R. C. F. **Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB: avaliando seu potencial para análise de saúde no município da Atibaia (SP)**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública – USP. São Paulo, 2006. 122p.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**. Trad. Francisco M. Guimarães. 3ª ed. Petrópolis; Vozes, 1977.

CARVALHO, L. C. S. **Análise de sistemas: o outro lado da informática**. Rio de Janeiro; 1ª Ed; Livros Técnicos e Científicos, 1998.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saud. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, jun. 2004

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1983. cap.17, p.512-550.

COHN, A., WESTPHAL, M. F., ELIAS, P. E. **Informação e decisão política em saúde**. Rev. Saúde Pública v.39 n.1, 2005

FIGUEIREDO, L.A. ; PINTO, I. C. ; OLIVEIRA, M. M. ; GUEDES, A,A,B. ; SOUZA, M. F. . **A Percepção de duas equipes da Estratégia Saúde da Família acerca do SIAB**. In: 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006, São Paulo. Anais do 8º Congresso Brasileiro de medicina de Família e Comunidade 2º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006. v. único. p. 174-175.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. **PROCESSO DE TRABALHO DE GERÊNCIA: INSTRUMENTO POTENTE PARA OPERAR MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE?**. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set. 2001.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação em Atenção Básica: um estudo exploratório**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública/Ensp – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001. 102p.

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-Am. Enfermagem**, v.13, n. 4, p. 547- 554, 2005.

GUEDES, A. B. A. **A informação na Atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 2007. 178p.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. 1ª ed. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitc; 1998.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 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**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto, 2000. 156p.

PINTO, I. C. **Os sistemas de informação em atenção primária à saúde como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências no Brasil e na Espanha**. (Tese de Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Ribeirão Preto, 2008. 171p.

PRETI, D. (org.). **Análise de textos orais**. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (projeto NURC/SP). FFLCH/USP, 1993.

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. **Ribeirão Preto Saúde.** Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/crp/i71principal.asp?pagina=/CRP/I71saude.htm>>. Acesso em 28 jan. 2009.

RIGOBELLO, J. L. **A utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII – Ribeirão Preto – SP.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto, 2006. 115p.

RIVERO, D. A. T. Alma – Ata: 25 años después. **Rev. Perspec. Salud.** v.8, n. 2, p. 2-7, 2003.

SANCHES, O. M. Estratégias para a implantação e gerência de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. **Rev. Adm. Públ.**, v.31, n.4, p.68-100, 1997.

SANTOS, Z, C. **O uso do SIAB como instrumento de planejamento local para ações do PSF.** Monografia [Especialização] Escola Nacional de Saúde Pública, Brasília, 2003. 83p.

SCHRAIBER, L. B., PEDUZZI, M., SALA, A., NEMES, M. I. B., CASTANHERA, E.R.C., KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.4, n.2, 1999.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M, R. Avaliação crítica do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e de sua implementação na região de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, et. al. 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 11, p.12-28.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Brasília, MS, 2002.

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, cap.13, p.251-61, 1996.

TRIVIÑOS, 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.

WHO. **Alma Ata 1978. Primary Health Care**. Geneva, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health for All Series no.1., 1978.

VUORI, H. **The role of the schools of public health in the development of primary health care**. Health Policy, v.4, n.3, p.221-30, 1985

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 Materno-Infantil e Saúde Pública

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

**ROTEIRO INDIVIDUAL PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA SOBRE O SISTEMA DE
INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA JUNTO AOS COORDENADORES DA APS.**

Entrevista número:

Data:

Local:

Horário de início:

Horário de término:

Tempo neste cargo:

Formação:

Idade:

Sexo:

Nível escolaridade:

Questão norteadora: Enquanto coordenador municipal da APS como o Senhor utiliza os dados do SIAB que são compilados pelas equipes da ESF todo mês?

Conteúdos	Questões Norteadoras
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho do coordenador da APS na tomada de decisão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fale-me sobre seu trabalho enquanto coordenador da APS relacionado ao SIAB. • Como o Senhor vê o SIAB?
<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do SIAB; 	<ul style="list-style-type: none"> • Com qual objetivo o Senhor utiliza o SIAB? Como isso é feito? • Quais os indicadores de saúde do SIAB o Senhor mais utiliza? Em quais situações? • Quais dados, informações e indicadores o senhor utiliza para a tomada de decisão? Como isso ocorre? • Como o senhor realiza o feed-back dos dados do SIAB às equipes da ESF?

	<ul style="list-style-type: none"> Existem outras fontes de informações que recorre para desenvolver a coordenação na APS relacionada com a tomada de decisão?
<ul style="list-style-type: none"> Facilidades e dificuldades na Utilização do SIAB; Capacitação do coordenador para utilização do SIAB; 	<ul style="list-style-type: none"> Quais as dificuldades para utilizar este Sistema de informação para tomada de decisão? Teve alguma capacitação para utilizar o SIAB? Que tipo de curso? Qual a carga horária? Em que momento ocorreu a capacitação?
<ul style="list-style-type: none"> Modelo assistencial 	<ul style="list-style-type: none"> Existe algum indicador ou alguma informação que possibilite ao senhor a implementação de políticas inovadoras para mudança do modelo assistencial vigente? Quais são as questões que o senhor identifica como inovadoras no modelo de atenção local que partiu da utilização dos dados do SIAB?
<ul style="list-style-type: none"> Sugestões 	<ul style="list-style-type: none"> O que você sugere para o SIAB? Deseja falar mais alguma coisa que possa complementar estas questões?

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

APÊNDICE B – OFÍCIO AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Ilmo(a) Sr(a) Secretário da Saúde
Prezado Senhor(a): Drº. Oswaldo Cruz Franco

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 identificar e analisar a utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde no município. 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.

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

Luana Alves de Figueiredo

Local e Ciente. De acordo:

Data: _____, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) Secretario (a): _____

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

APÊNDICE C
Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



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 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 100/2008

Ribeirão Preto, 23 de abril de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de abril de 2008.

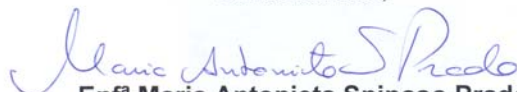
Protocolo: nº 0891/2008

Projeto: ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA - SIAB PELOS COORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A TOMADA DE DECISÃO.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
 Luana Alves de Figueiredo

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,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
 Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

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

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

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convido o Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde: a tomada de decisão**” e voluntariamente responder a algumas perguntas, que lhe serão colocadas. O projeto será conduzido pela pesquisadora Enfermeira Luana Alves de Figueiredo.

O Objetivo da Pesquisa é identificar qual é o fluxo dos dados do SIAB das unidades de Saúde da Família até a Secretaria Municipal da Saúde e analisar a utilização desses dados pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto. As informações que senhor(a) nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação, o senhor(a) estará contribuindo para a melhoria da saúde e da assistência em nosso município.

Para isto será necessário marcarmos um dia e um horário, que seja adequado ao senhor (a), para uma entrevista que levará cerca de 40 minutos. Esta entrevista será gravada e será realizada por mim, se o senhor (a) concordar em participar e assinar o presente TCLE.

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

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

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

O senhor(a) receberá uma cópia deste TCLE assinada pelo pesquisador responsável.

Pesquisador Responsável:

 Enfermeira Luana Alves de Figueiredo

Aluna de Pós – Graduação do curso de mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Endereço: Rua 2 de Julho, 97. Vila Tibério. Ribeirão Preto – SP

Fone: (16) 8129-3733 – e-mail: luafigueiredo@yahoo.com

Eu, Sr _____ RG: _____, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, Data: _____/_____/2008

Assinatura do sujeito da pesquisa