



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**DÉBORA CRISTINA MODESTO BARBOSA**

**Sistemas de Informação em Saúde: A Percepção e a  
Avaliação dos Profissionais diretamente envolvidos na  
Atenção Básica de Ribeirão Preto / SP.**

**Ribeirão Preto**

**2006**

**DÉBORA CRISTINA MODESTO BARBOSA**

**Sistemas de Informação Em Saúde: A Percepção e a Avaliação dos Profissionais  
diretamente Envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto / SP.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto – junto ao  
Departamento de Medicina Social, da  
Universidade de São Paulo, para obtenção do  
título de Mestre em Ciências Médicas.**

**Área de concentração: Saúde na Comunidade.**

**Orientadora: Aldaísa Cassanho Forster**

Ribeirão Preto

2006

## FICHA CATALOGRÁFICA

*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.*

Catálogo na Publicação  
Serviço de Documentação Médica  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Barbosa, Débora Cristina Modesto.

Sistemas de Informação em Saúde: A Percepção e a Avaliação dos Profissionais diretamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto / SP. / Débora Cristina Modesto Barbosa; orientadora Aldáisa Cassanho Forster.

--Ribeirão Preto, 2006.

111 f.: il.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP - Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

1. Programa Saúde da Família 2. Sistemas de Informação 3. Cuidados Primários de Saúde

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Débora Cristina Modesto Barbosa  
Sistemas de Informação em Saúde: A  
Percepção e a Avaliação dos  
Profissionais diretamente envolvidos na  
Atenção Básica de Ribeirão Preto / SP.

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de  
São Paulo para a obtenção do título de Mestre  
em Ciências Médicas.  
Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: 07/07/2006

Banca Examinadora

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aldaísa Cassanho Forster**

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Milton Roberto Laprega**

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ione Carvalho Pinto**

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

A minha mãe, Edna, que sempre esteve presente em todos os momentos de minha vida, me ajudando, apoiando e acreditando em mim. Foi mãe, foi pai, foi o meu alicerce por todo este período. Sem ela não teria conseguido atingir muitos de meus objetivos.

Obrigado mãe, por tudo!

A Deus, por sempre me guiar e confortar em momentos difíceis. Por sempre estar presente mostrando-me o caminho melhor a ser seguido e me ajudando a superar os

Á Aldáisa, orientadora deste estudo, pois para alcançarmos alguns objetivos na vida precisamos de garra, empenho, dedicação, conhecimento. Características que devem ser inerentes a nós. Mas existe também o apoio, o respeito, a confiança, a troca. Estes partiram de você, neste percurso de grandes obstáculos e conquistas, que só foram possíveis devido a orientadora, professora e acima de tudo pessoa que você é. Obrigado por tudo.

A todos os profissionais da área de saúde que buscam alternativas e constrói espaços para disseminar seus conhecimentos, independente das dificuldades e obstáculos encontrados. Principalmente aos que fizeram parte deste estudo, contribuindo para os resultados alcançados.

## GRADECIMENTOS

Agradeço a professora Ione, que desde a qualificação sempre se disponibilizou a ajudar-me e orientar-me neste percurso e, que foi de fundamental importância para a estruturação desta dissertação.

Ao professor Milton, que foi um dos que estimulou, ainda enquanto aluna de graduação, o meu interesse pelos Sistemas de Informação em Saúde e as possibilidades de sua base de dados. Obrigado pelas sugestões e ensinamento.

A professora Silvana Mishima, uma grande professora com que tive oportunidade de trabalhar durante minha iniciação científica. Obrigado pelas sugestões neste trabalho, e pela força pessoal e apoio em momentos decisivos de minha vida profissional.

A professora Zezé Bistafa, um exemplo de perseverança e alegria, além da grande competência, dentro da Escola de Enfermagem. Sempre alegre e disponível independente do momento. Obrigado pela torcida, por isto agradeço e ofereço o resultado deste a você.

A professora Ana Maria Pimenta, que foi minha primeira orientadora de iniciação científica. Foi ela quem despertou em mim o interesse pela pesquisa.

Aos alunos da pós-graduação do departamento de medicina social, que percorreram junto comigo esta trajetória.

A todos os funcionários da secretaria do Departamento de Medicina Social, Carolina, Mônica, Solange, pela ajuda, auxílio e informações.

Aos profissionais do Setor de informática da Escola de enfermagem, Thiago, João e César, que me auxiliaram na parte de formatação deste trabalho e sempre estiveram disponíveis a ajudar-me com minhas dúvidas.

Aos profissionais dos Núcleos de Saúde da Família, que se disponibilizaram a integrar este estudo. Aqui esta o resultado que espero que possa ser proveitoso a todos vocês.

Aos meus amigos que sempre torceram por mim nesta etapa da minha vida. Aqueles de contato diário e aqueles que não vejo a tempos, mas sei que sempre torcem por mim.

A Maria Elena, grande amiga peruana. Sempre presente em momentos essenciais. Obrigado por tudo mami.

A todos os meus familiares pela energia positiva.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Gilberto, Chiquinho, Seu Geraldo, Seu Ataídes, Cidinha, enfim, todos que desde o período de graduação foram muito mais do que profissionais e sempre dispostos a ajudar.

A Dona Elettra Grene pela tradução do resumo para versão inglesa.

A Maria Elena e a Mônica pela tradução do resumo para tradução em espanhol

## **E**PÍGRAFE

*“Se um homem tem um talento e não tem capacidade de usá-lo, ele fracassou. Se ele tem um talento e usa somente a metade deste, ele fracassou parcialmente. Se ele tem um talento e de certa forma aprende a usá-lo em sua totalidade, ele triunfou gloriosamente e obteve uma satisfação e um triunfo que poucos homens conhecerão”.*

*Thomas Wolfe*



## **L**ISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AP</b>	Atenção Primária
<b>CSE</b>	Centro de Saúde Escola
<b>ESP</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>FAEPA</b>	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>HCFMRP/USP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>NSF</b>	Núcleo de Saúde da Família
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PNAS</b>	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SIA/SUS</b>	Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação de Atenção Básica
<b>SIH/SUS</b>	Sistema de Informação de Hospitalares do SUS
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SINASC</b>	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
<b>SIS</b>	Sistema(s) de Informação em Saúde
<b>SISVAN</b>	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBDS</b>	Unidades Básicas e Distritais de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UBSF</b>	Unidades Básicas de Saúde da Família
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## RESUMO

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de Informação em Saúde: A Percepção e a Avaliação dos Profissionais envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto / SP.** 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Para que um serviço de saúde tenha um conhecimento atualizado e estruturado das condições de saúde da população do seu território, é necessário um adequado planejamento de suas ações e utilização de instrumentos viáveis e factíveis no seu cotidiano. Assim, a análise das informações disponíveis é importante, especialmente aquelas referentes e provenientes de indicadores locais. Estas, na sua maioria, são oriundas de algum sistema de informação em saúde (SIS). Os SIS têm a intenção de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, a fim de contribuir para melhorar a situação de saúde individual e coletiva. Descreveu-se a percepção dos diferentes atores integrantes dos Núcleos de Saúde da Família envolvidos no manuseio dos SIS utilizados nestas unidades no município de Ribeirão Preto. Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas, individuais e gravadas, com 37 profissionais de saúde, dentre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de cinco equipes de Saúde da Família de Ribeirão Preto. Foram realizadas entre janeiro e março de 2006. Utilizou-se do método de análise de conteúdo para alcançar os resultados esperados. Na atenção básica temos o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB como o principal SIS utilizado nas Unidades de Saúde da Família, quando não o único informatizado. É dele que provem a maioria dos instrumentos e fichas que a equipe preenche e tem como fonte de informações. Os profissionais de saúde, em sua maioria, o tem como uma ferramenta de trabalho poderosa para melhoria de perfil epidemiológico, mas que é subutilizado. Esta subutilização na visão deles se dá devido a: limitações e falhas do sistema; por ser puramente quantitativo; pela fragilidade no conhecimento da equipe e despreparo para extrair toda sua capacidade; por uma ausência de treinamentos; e pela falta de incentivo para análise dos dados em nível local. Um bom SIS depende da periodicidade do fluxo de fornecimento dos dados e de um criterioso preenchimento dos instrumentos de coleta. Além disto, que proporcione relatórios e resultados viáveis para utilização no planejamento de atividades das unidades. Mas é necessário que as pessoas envolvidas na sua manutenção tenham clareza sobre suas possibilidades para assim conseguir extrair o seu potencial e transformar em uma realidade local, detectando focos prioritários, levando a um planejamento das suas atividades e a um norteamento e execução das ações da equipe de forma adequada. O SIAB apresenta debilidades e deficiências, mas alguns profissionais também apresentam dificuldades na hora de manipulá-lo, tanto na alimentação do SIS quanto na análise crítica de seus relatórios, pois isto não é adotado como rotina nas unidades.

Palavras chave: Programa Saúde da Família, Sistemas de Informação, Cuidados Primários de Saúde

**ABSTRACT**

**BARBOSA, D. C. M. Health Information Systems: Perception and Evaluation by the Professionals Involved in Basic Care in Ribeirão Preto / SP. 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.**

For a health service to have up-to-date and structured information about the health conditions of the population in its territory, an appropriate planning of its actions is necessary, together with the use of viable and feasible tools in its daily routine. Thus, analysis of the information available is important, especially related to, and obtained from, local indicators. Most of this information originates from some health information system (HIS). The objective of HIS is to facilitate the formulation and evaluation of health policies, plans and programs, subsidizing the decision-making process in order to contribute to the improvement of the situation of individual and collective health. To describe the perception of the different professionals belonging to Family Health Nuclei involved in the management of HIS used in these units in the municipality of Ribeirão Preto. This was an exploratory and descriptive study based on a qualitative approach using semi-structured individual recorded interviews with 37 health professionals such as doctors, nurses, nurse technicians and community health agents belonging to 5 teams of the Family Health Nuclei of Ribeirão Preto. The interviews were held between January and March 2006 and the content analysis method was used to achieve the expected results. For basic care there is the Basic Care Information System (SIAB in the Portuguese acronym) as the major, or the only informatized, HIS used at Family Health Units. The SIAB is the source of information and provides most of the tools and the forms filled out by the team. Most of the health professionals use it as a powerful work tool for improving the epidemiological profile, but this tool is under-utilized. According to the professionals, this under-utilization is due to limitations and faults of the system, which is purely quantitative, to the fragility of the team's knowledge and lack of preparation for exploring its full capacity, to the lack of training, and to the lack of incentive of data analysis at the local level. A good HIS depends on the periodicity of the flow of data supply and on judicious filling of the collection instrument. In addition, it should produce viable reports and results to be used in the planning of the activities of each unit. However, the persons involved in its maintenance need to have a clear view of its possibilities so that its potential may be extracted and transformed into a local reality, permitting the detection of priority focal points, leading to a planning of the activities of each unit and to guidance and adequate execution of team actions. The SIAB presents weaknesses and deficiencies but some professionals also present difficulties in manipulating it both regarding feeling of HIS data and a critical analysis of its reports, since these procedures are not routinely adopted at the units.

**Key words:** Family Health Program , Information Systems, Primary Health Care,

## RESUMEN

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de Información en Salud: La Percepción y la evaluación de los Profesionales que actúan en la atención Básica de Ribeirão Preto / SP.** 2006. 100 f. Tesis (Maestría) – Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Para que un servicio de salud tenga un conocimiento actualizado y estructurado sobre las condiciones de salud de la población de su territorio, es necesario un plan adecuado de sus acciones y utilización de instrumentos viables y factibles en su cotidiano. De esta manera, el análisis de las informaciones disponibles es importante, especialmente aquellas referentes y provenientes de indicadores locales. Éstas en su mayoría, provienen de algún sistema de información de salud (SIS). Los SIS tienen la intención de facilitar la formulación y evaluación de las políticas, planos y programas de salud, subsidiando el proceso de toma de decisiones, con el fin de contribuir en la mejora de la situación de salud individual y colectiva. Fue descrita la percepción de los diferentes actores integrantes de los Núcleos de Salud de la Familia relacionados con el manejo de los SIS utilizados en estas unidades en el municipio de Ribeirão Preto. Éste estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativo, utilizó entrevistas semiestructuradas, individuales y grabadas, con 37 profesionales de salud, entre ellos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes de salud comunitarios de cinco equipos de los Núcleos de Salud de la Familia de Ribeirão Preto. Las entrevistas fueron realizadas entre enero y marzo del 2006. Para alcanzar los resultados esperados fue utilizado el método de análisis de contenido. En la atención básica tenemos el Sistema de Información de Atención Básica – SIAB siendo el principal SIS utilizado en las Unidades de Salud de la Familia, siendo muchas veces el único servicio informatizado. De este provienen la mayoría de los instrumentos y fichas que el equipo llena y tiene como fuentes de información. Los profesionales de salud, en su mayoría, lo usan como una herramienta de trabajo importante para la mejora del perfil epidemiológico, pero lamentablemente es subutilizado. Ésta subutilización, en la visión de ellos, es debido a: limitaciones y fallas del sistema, por ser puramente cuantitativo, por la fragilidad de conocimiento por parte del equipo de trabajo y falta de preparo para utilizar al máximo la capacidad del sistema; por ausencia de capacitación; y por falta de motivación para el análisis de los datos a nivel local. Un buen SIS depende de la periodicidad de la inclusión de datos y de llenar cuidadosamente los instrumentos para recolectar esos datos. Además, éste debe proporcionar informes y resultados variados que puedan ser utilizados en los planes de actividades de las unidades. Pero es necesario que las personas que trabajan en su mantenimiento tengan clareza sobre sus posibilidades y, de esta forma, puedan conseguir extraer su potencial y adecuarla en su realidad local, detectando focos de prioridad, permitiendo planear sus actividades y ejecutando las acciones del equipo de trabajo de una forma más adecuada. El SIAB presenta debilidades y deficiencias, pero algunos profesionales, también, presentan dificultades para el manejo del sistema, tanto en la inclusión de datos del SIS como en el análisis crítico de sus informes, pues éste no es adoptado como rutina en las unidades.

Palabras-clave: Programa Salud de la Familia, Sistemas de Información, Cuidados Primarios de Saúde

# SUMÁRIO

## LISTA DE ESQUEMA E QUADROS

## LISTA DE SIGLAS

## RESUMO

## ABSTRACT

## RESUMEN

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1. Apresentação.....	15
1.2. A construção do objeto de estudo e o referencial teórico.....	19
1.3. Dado,/informação/conhecimento.....	23
1.3.1. Definição de Dado.....	23
1.3.2. Definição de Informação.....	23
1.3.3. Definição de Conhecimento.....	24
1.4. Sistemas de Informação em Saúde.....	25
1.4.1. Tipos de Sistemas de Informação em Saúde.....	26
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
2.1. Objetivo Geral.....	33
2.2. Objetivos Específicos.....	33
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
3.1. Caracterização do Estudo.....	35
3.2. Local do Estudo.....	36
3.2.1. O Município de Ribeirão Preto.....	36
3.2.2. A relação do Município com a Estratégia Saúde da Família.....	37
3.3. Delimitação do Campo de Coleta de Dados.....	39
3.3.1. A escolha da área básica da distrital-oeste/Sumarezinho.....	39
3.3.2. Os Núcleos de Saúde da Família da área Básica da Distrital-Oeste / Sumarezinho.....	39
3.4. Sujeitos do Estudo.....	40

3.5. Critérios para seleção dos sujeitos.....	40
3.5.1. Critérios de inclusão.....	40
3.5.2. Critérios de exclusão.....	40
3.6. Princípios éticos.....	40
3.7. Técnicas de pesquisa.....	41
3.7. Aproximação com o campo – piloto.....	42
3.7.1. Coleta de dados no campo de estudo.....	42
3.8. Organização e análise dos dados – sistematização.....	44
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>46</b>
4.1. Caracterização dos sujeitos do estudo.....	47
4.2. Apresentação dos resultados.....	47
4.2.1. Tema 1: A atuação profissional de atenção básica.....	48
4.2.2. Tema 2: O SIS utilizado na Atenção básica e a percepção dos profissionais.....	53
4.2.3. Tema 3: As deficiências e debilidades do SIAB .....	58
4.2.4. Tema 4: Avaliação e finalidade do SIAB sob a ótica dos profissionais da atenção básica.....	62
4.2.5. Tema 5: A utilização do SIAB para planejamento de ações.....	65
4.2.6. Tema 6: Treinamento para manipular o SIAB e seu fluxo .....	70
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	

# INTRODUÇÃO

## 1. APRESENTAÇÃO

É cada vez mais expressiva a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna. Mudanças e alterações são introduzidas no nosso cotidiano, através de inovações tecnológicas<sup>12</sup> e metodológicas que repercutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida (BRANCO, 2001). E isto é realidade, nos mais diversos campos do conhecimento humano, tornando-se lugar comum dizer que vivemos na “era ou sociedade da informação”.

Sem nenhuma dificuldade, identifica-se uma infinidade de situações cotidianas em que as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisão. Assim, elas estão sempre presentes em nossas vidas e participam de diversas decisões do cotidiano.

A informação é algo fundamental no trabalho dos profissionais de saúde. Informações sobre os pacientes, sobre as patologias, o histórico, doenças recorrentes, enfim, é ela que trará formas de se lidar corretamente com as situações e as pessoas no dia-a-dia.

Enquanto enfermeira, a autora deste estudo deparou-se com infinitas situações onde, a informação, o conhecimento e os dados foram de fundamental importância para o desenrolar de situações, para o solucionamento de dificuldades e debilidades da unidade, além de suporte para formulação e norteamo de atividades e ações locais. E outras situações onde a falta destes itens ou o desconhecimento por parte de outros profissionais, dificultaram seu trabalho e comprometeram o desenvolvimento de suas ações.

---

<sup>1</sup> “A inovação tecnológica envolve novos conhecimentos e a introdução de ferramentas derivadas do conhecimento, artefatos e equipamentos pelos quais as pessoas interagem com o ambiente”. (TORNATZKY, FLEISCHER, 1990 apud SCHENATTO, 2003, pg12)

<sup>2</sup> TORNATZKY, L. G.; FLEISCHER, M. **The process of technological innovation**. Lexington, MA: Lexington Books, 1990. p.11



Assim, através destas experiências vivenciadas pela prática profissional, se fez necessário a procura de respostas na tentativa de encontrar soluções para estes problemas, ou ao menos conseguir amenizar a angústia de muitos profissionais e descrever suas visões sobre esta temática, o Sistema de Informação em Saúde na Atenção Básica.

Através da atuação como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família e coordenadora dos PSF/PACS de um município de pequeno porte da região de Ribeirão Preto, o contato com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) tornou-se freqüente, visto que, parte da avaliação que fazia do andamento das unidades era realizada sobre os relatórios extraídos de alguns SIS. Os principais SIS manipulados diretamente nestas unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) eram: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e o SISPRENATAL.

O contato com alguns destes SIS, mas especificamente o SIAB aconteceu ainda como aluna de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde, através do Estágio Curricular, a pesquisadora pode manipular o sistema, além de elaborar outras bases de dados tendo como base os dados extraídos do SIAB. E foi este contato prévio, seguido de aprofundamento dos conhecimentos adquiridos por artigos científicos e discussão com outros profissionais que deram suporte para as alterações realizadas, pois houve uma necessidade de uma reestruturação destas unidades, visto que, o seu andamento, a forma com que coletava-se os dados e armazenava-se tanto em prontuários quanto no sistema de informação, não condiziam com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Esta foi uma fase de grandes mudanças. Mais nitidamente na estrutura e forma de funcionamento das unidades, do que na conduta dos profissionais que lá trabalhavam.

Um dos mais nítidos problemas era a utilização dos SIS. Com a informatização de alguns destes, onde antes eram só informados os dados através de planilhas e relatórios, muitos profissionais viam-se despreparados para lidarem, tanto com o sistema quanto com o microcomputador e assim adotavam uma conduta defensiva perante este novo instrumento. Além disto, também se via um grande desinteresse dos profissionais, tanto em alimentar quanto em discutir e avaliar o que se alimentava.

Foram dois anos e meio atuando neste município. Neste período deu-se início a um trabalho árduo de orientação aos profissionais da unidade e reestruturação dos meios de coleta, armazenamento, processamento e análise dos dados coletados. Este trabalho iniciou-se na unidade em que a pesquisadora atuava como enfermeira e, depois se estendeu para as outras duas unidades de PSF e uma de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) existentes no município a medida que via-se o resultado com os primeiros profissionais.

Nesta etapa de reestruturação e adequação do modelo tecno-assistencial<sup>3</sup> local, muitos questionamentos foram levantados e dificuldades e debilidades encontradas, tanto de caráter profissional, formativo e de conhecimento quanto de infra-estrutura.

Foram estas percepções<sup>45</sup> que chamaram a atenção da pesquisadora para o enfoque dado aos SIS tanto pelos profissionais da equipe quanto pelos gerentes e gestores municipais. As equipes, mesmo após algum tempo já manipulando os SIS ainda apresentavam grandes

---

<sup>3</sup> Utilizaremos modelo tecno-assistencial para designar segundo Merhy (1992), tanto a organização de produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (MERHY, 1992)

<sup>4</sup> A percepção nos permite formar idéias, imagens e compreensões do mundo que nos rodeia. Essa visão se aproxima do conceito da Unesco (1985) em que a percepção é “a maneira pela qual o homem sente e compreende o meio ambiente, (natural o ou citado por ele)” e avança no sentido que considerar os fatores culturais como importantes para a formação da percepção.

<sup>5</sup> UNESCO/MAB. Environmental Perception: Regional Seminar for Latin America and the Caribbean. Montevideo: Regional Office for Science and Technology for Latin America na Caribbean, UNESCO, 1985.

dificuldades e nem todos tinham acesso ao sistema, tanto por medo, desinteresse, quanto por estipulação de profissionais da unidade.

Assim, algumas situações foram se delineando, como a falta de capacitação dos profissionais, o desinteresse tanto de profissionais quanto de gerentes e gestores em conhecer, manipular e capacitar-se quanto aos SIS, além do receio de manipular o computador de alguns destes profissionais.

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho, principalmente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, através deste estudo, procurou-se descrever qual a percepção que estes profissionais da ESF têm sobre os SIS que eles utilizam na unidade, e com isto, saber qual a avaliação que eles fazem do sistema e a utilização dele como ferramenta de trabalho e facilitador das ações locais.

Conseguindo delinear estas percepções, teve-se uma visão mais nítida sobre os pontos de interesse e desinteresse dos profissionais, além, dos porquês das dificuldades apresentadas e dos resultados almejados relatados através da experiência profissional de cada um.

## 1.2. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E O REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil de hoje apresenta-se diferente do país de apenas algumas décadas atrás. Algumas mudanças internas acabaram por criar uma nova e diferente realidade, tanto política quanto econômica, que se refletem nas condições de vida de nossa população. (BRASIL,1994)

Estas mudanças se deram em vários setores, inclusive na área da saúde, onde, após vários anos focando sua a atenção para a área hospitalar com uma visão puramente hospitalocêntrica, passou-se a valorizar, e podemos dizer, até mesmo a incentivar os programas relacionados à Atenção Básica (AB)<sup>6</sup>. Assim, estas mudanças tiveram repercussão tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e os serviços. A AB acabou ganhando espaço neste cenário, passando a ser alvo de concentração de esforços, montagem de programas e investimentos para esta área. (BRASIL, 1994)

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), regulamentado pelas leis orgânicas, e que oferecia atendimento a demanda populacional de todos os cidadãos brasileiros, deu-se um importante passo na modernização das ações de saúde em nosso país.

Tais mudanças influenciaram no que antes era uma configuração institucional do sistema de saúde, marcada pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais e

---

<sup>6</sup> Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2003).

caracterizada por um padrão institucional dual que distinguia e separava “saúde pública” “medicina previdenciária”.

Ao longo dos últimos anos, tornou-se evidente que o atendimento primário, base de entrada para o sistema público de saúde, necessitava de uma nova abordagem, uma vez que a estrutura clássica de Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinha apresentando uma baixa resolubilidade.

Assim, a partir de experiências na região Norte-Nordeste, criou-se o PSF<sup>7</sup> que visa melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994).

A prestação de serviços de saúde, nos diferentes contextos assistenciais, é um processo que se fundamenta numa determinada composição de trabalho<sup>8</sup>.(SANTANA, 2000)

O PSF é baseado em equipes multiprofissionais de saúde da família, que são constituídas por um médico generalista, uma enfermeira, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (variando de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe) que atendem populações geograficamente definidas e com número definido de famílias (máximo de 4500 pessoas), fazendo assim com que um grande segmento populacional, tanto urbano quanto rural, viessem a ter acesso facilitado a este atendimento. (BRASIL, 1994)

---

<sup>7</sup> Apesar de utilizar a terminologia Programa de Saúde da Família, mas a trataremos com sendo uma estratégia político assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência a saúde. Ainda, de certa forma, como um modo de buscar romper com uma matriz bastante forte na área da saúde, que é de considerar os programas com estruturas verticalizadas na atenção à saúde, com pouca articulação no conjunto da assistência prestada. (ALMEIDA, 2001)

<sup>8</sup> Esse é um conceito geral que se aplica a qualquer processo de produção, não sendo, portanto uma exclusividade da prestação de serviços de saúde.

Atualmente, apresenta-se como um modelo de atenção em saúde, pautado no paradigma da vigilância à saúde que busca articular a ação programática em saúde com políticas públicas setoriais e transeitoriais. O PSF busca aumentar o exercício da cidadania, especialmente em camadas pauperizadas da população, na tentativa de garantir-lhes o acesso a meios e produção da saúde, ou seja, vem como uma reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. (BRASIL,1994)

A atenção está centrada na família inserida no seu ambiente físico e social, o que possibilita à equipe de Saúde da Família, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, desenvolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. Cada equipe do PSF é responsável pela população residente em um território definido, que pode ser um bairro ou parte de um bairro, e está vinculada a uma unidade de saúde.

Essa maior proximidade entre os benefícios da política de saúde e o locus de decisão deveria trazer como resultados uma melhor resposta a quadros epidemiológicos locoregional, adequação das ações as necessidades da população, ampliação da cobertura e disponibilização de serviços às áreas antes desprovidas. O trabalho começa com o cadastramento das famílias, realizado ACS. (BRASIL,1994)

Ao avaliarmos o trabalho em saúde e suas finalidades temos que, sua atividade é definida tanto social quanto historicamente, e que para isto utiliza-se de tecnologias diversas, de instrumentos e saberes diferenciados, para que haja o seu adequado desenvolvimento, em qualquer que seja o seu nível de funcionamento. (PINTO, 2000)

Assim, temos que o poder técnico acaba por se definir a partir dos conhecimentos utilizados. Sendo, “a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes, onde se pode recorrer a diversas formas de conhecimento: formal ou informal,

científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e de outras disciplinas”. (MISHIMA, 1995)

Comumente vemos que os alguns termos como dado, informação e conhecimento são utilizados de forma indiscriminada e errônea, visto que lhe são denotados a mesma significação. Outros termos também sofrem a mesma generalização como sistema de informação, informatização (informática), base de dados.

Em nossos dias existem muitas definições de informação, sendo que muitas são questionáveis em sua validade. Temos informação como sendo o resultado do processamento de dados e que tem significado para quem é usuário, tendo valor nas decisões. (SANCHES,1997)

É a partir daí que surgiram alguns dos questionamentos que este estudo pretende responder. Assim, delineou-se objeto de estudo como sendo a percepção que os profissionais da equipe multiprofissional da estratégia Saúde da Família tem sobre os SIS informatizados que manipulam na unidade.

Assim, tem-se a tentativa de delinear o que tanto o SIS, quanto a informação por ele produzida tem valor e é percebido por seus usuários dentro da instituição saúde. Aqui no caso, nos Núcleos de Saúde da Família.

Alguns conceitos básicos são necessários para melhor entendimento e diferenciação.

### **1.3. DADO / INFORMAÇÃO / CONHECIMENTO**

As novas propostas existentes na área de saúde requerem fácil acesso de informação no local de uso e no momento em que é necessária para uma intervenção mais ágil e precisa que além de melhorar a evolução do tratamento dos indivíduos e as estratégias de intervenção individuais e coletivas, quando estas informações encontram-se disponíveis a acesso imediato, aumentam a segurança e qualidade da informação, dando aos dados relevância, interpretabilidade, credibilidade e reputação.

#### **1.3.1. Definição de Dado**

Pode-se compreender os dados como a base para gerar informações. Mas eles não falam por si. Os dados são como uma matéria-prima, sobre a qual trabalhamos – juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os etc. – para produzir informações que traduzam um conhecimento, uma interpretação e um juízo sobre determinada situação. (FERREIRA, 2001)

Podemos entender esta interpretação como uma avaliação (valia = dar valor), na qual se busca construir um conhecimento e formar um juízo sobre determinada situação.

#### **1.3.2. Definição de Informação**

Define-se informação como o produto obtido a partir de determinada combinação e interpretação de dados e o significado que o homem atribui a ele, por meio de convenções e representações. Um clássico exemplo é o do semáforo para regular o trânsito, que utiliza as cores verde, amarelo e vermelho. O significado de cada um desses dados foi convencionalmente assim atribuído: verde – seguir, amarelo – atenção, vermelho – parar.



Toda informação, portanto, deve gerar uma decisão, que, por sua vez, desencadeará uma ação. (CARVALHO, 1998)

Ela possibilita o conhecimento, a avaliação e o juízo sobre determinada situação. É um importante recurso para subsidiar o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desencadeadas.

Dependendo do ponto onde se coloca o observador numa determinada situação, o que para ele é um dado para o outro pode ser uma informação. Portanto, é preciso relativizar os conceitos de dado e de informação, considerar ‘onde’ ou ‘em que posição’ se situa aquele que está problematizando determinada situação. (FERREIRA, 2001)

### **1.3.3. Definição de Conhecimento**

O conhecimento pode ser definido como sendo informações que foram analisadas e avaliadas sobre a sua confiabilidade, sua relevância e sua importância. Neste caso, o conhecimento é obtido pela interpretação e integração de vários dados e informações para iniciar a construção de um quadro de situação. O processo de transformação é realizado por meio de avaliação de dados e informações. Os insumos provenientes das diversas fontes são analisados e combinados na síntese de um produto final, o conhecimento. É por meio do conhecimento que aqueles que assessoram as decisões buscam uma compreensão mais efetiva da situação problema. O conhecimento não é estático, modificando-se mediante a interação com o ambiente, sendo este processo denominado aprendizado. Uma visão mais ampla é que o aprendizado é a integração de novas informações em estruturas de conhecimento, de modo a torná-las potencialmente utilizáveis em processos futuros de processamento e de elaboração. Além disso, conhecimentos novos podem resultar de um processo de inferência na própria estrutura do conhecimento. (MORESI, 2000)

#### 1.4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, ao avaliar-se os bancos de dados nacionais, via-se que a construção dos SIS vinha sendo voltada para uma racionalidade de centralização e verticalização. Assim tinha-se um acúmulo de dados, com pequena utilização para apoio à decisão e poucas informações integradas para dar conta da complexa situação de saúde nas diferentes regiões do país. Além do que não havia retorno para os municípios dos resultados obtidos em cada um deles. (BRASIL, 1998)

Nos últimos anos, contudo, tem sido observado grande avanço no que se refere ao acesso e às possibilidades de análise dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis no Brasil: o processamento desses sistemas vem, gradativamente, passando para Estados e/ou municípios, permitindo que a análise ocorra em tempo oportuno.

Ao avaliarmos os sistemas de informações em saúde temos que dados levantados são armazenados no intuito de serem criadas reservas de conhecimento sobre a situação de saúde da população num determinado tempo e espaço. Essas informações têm um fluxo a seguir onde são primeiramente coletadas, posteriormente tratadas e armazenadas tornando assim um produto social do coletivo, constituído a partir de uma rede complexa de olhares dispersos, multifacetados, construída ao longo da história brasileira.

No Brasil, existem 6 principais SIS ligados ao MS que são: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Os sistemas de informação apresentados pelo Ministério da Saúde possuem manuais instrucionais e modelos dos instrumentos de coleta (fichas e declarações) para implantação e utilização no microcomputador.

Existem profissionais da área da saúde que apresentam certa resistência com relação a uso de computadores. Talvez devido a um desconhecimento da ferramenta já que muitos profissionais em plena atividade na prática da profissão não tiveram a oportunidade de entrar em contato com o computador quando da época de sua formação. Isto porque a introdução de computadores no ambiente de saúde em nosso país ainda é bastante recente. Muitos de nossos profissionais não tiveram nenhum preparo fornecido nas universidades para a utilização deste instrumento. Usuários não treinados e que não reconhecem o potencial, a capacidade ou mesmo as funções que o sistema tem podem comprometer a viabilidade do mesmo.

#### **1.4.1. Tipos de Sistemas de Informação em Saúde**

Nesta etapa do estudo descreve os principais SIS ligados ao MS que são: SIM, SIH/SUS, SIA/SUS, SINASC e SINAN, e SIAB.

##### **SIM (Sistema de Informação de Mortalidade)**

Foi criado em 1975, pelo MS, iniciou sua fase de descentralização desde 1991 e dispõe de dados informatizados a partir de 1979. O instrumento básico de coleta é a Declaração de Óbito (DO). A distribuição das DO em séries pré-numeradas é de competência do MS, sendo distribuídas aos estados e destes aos municípios, a quem cabe o controle na distribuição entre profissionais médicos e instituições que o utilizam, bem como o recolhimento em hospitais e

cartórios. Em tese, nenhum sepultamento deveria ocorrer sem a emissão da DO que deve ser preenchida por profissional médico. A partir da análise de seus dados pelo município permite a construção de indicadores para a definição e conhecimento do perfil de saúde de uma região e conseqüentemente a definição de políticas de saúde a serem desencadeadas. Entre suas principais limitações temos o sub-registro de óbitos em algumas regiões e a qualidade de preenchimento da DO. Em geral, a agregação espacial mínima que tem sido trabalhada (processamento das informações), é a distribuição de óbitos por área de abrangência da unidade básica de saúde dos municípios, a partir da localização da moradia, embora isto não ocorra na maioria dos municípios. (BRASIL, 1998 b) (BRASIL, 2002 b)

### **SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde)**

A criação deste sistema deu-se em 1984 pelo MS, não com a lógica epidemiológica, mas de operar o sistema de pagamento de hospitais contratados. Em 1986 foi estendido aos hospitais filantrópicos, em 1987 aos universitários e de ensino e em 1991 aos hospitais públicos. Tem como instrumento de coleta a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é emitida pelos estados a partir de série numérica definida pelo MS, a qual é preenchida quando da internação do paciente e depois remetida para análise dos gestores. Mesmo não sendo a sua função inicial, o sistema foi desenvolvido e permite atualmente, algumas análises epidemiológicas, a partir das internações ocorridas, mostrando o perfil do atendimento em nossa rede hospitalar com elaboração de alguns indicadores de avaliação e desempenho. É um sistema que vem sendo incorporado às análises epidemiológicas pelas secretarias de saúde de estados e municípios. Temos como limitações mais diretas, a cobertura somente de internações públicas ou conveniadas, além da baixa qualidade destas anotações. Em geral o

nível mínimo de agregação espacial trabalhado tem sido os serviços dos municípios. Experiências têm acontecido da distribuição por moradia em distritos e unidades de saúde, mas são ainda situações pontuais. (BRASIL 1998, 2002)

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

Implantado no país em 1991 pelo MS, sendo instrumento de ordenação do pagamento dos serviços ambulatoriais (públicos e conveniados). É um sistema que vem sofrendo alterações em sua tabela de procedimentos, na tentativa de melhora na consistência dos dados, mas não fornece, a partir dos dados gerados, análises epidemiológicas ou análise do perfil de morbidade da população atendida, o que foi alterado muito pouco desde sua implantação.

Mesmo assim permite a construção de alguns indicadores e utilização de informações, como o total de consultas médicas, exames solicitados, perfil da clientela atendida, entre outros, já que sua unidade de registro é o procedimento ambulatorial com possibilidade de ser desagregado por profissional. Algumas limitações deste sistema são a abrangência restrita a usuários do SUS, ausência de registros de procedimentos que extrapolem o teto financeiro e ausência de registro individual. O menor nível de agregação espacial que tem sido trabalhado, são os serviços dos municípios, mas com a utilização de outros aplicativos, torna-se possível a distribuição por equipes de referência e profissionais. (BRASIL, 1998, 2002 )

### **SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos)**

A implantação pelo MS se deu em 1990 e de forma gradual, no país, desde 1992. Tem como instrumento padronizado de coleta de dados, a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), cuja distribuição para estados e municípios, cabe ao MS. Tanto a emissão da DNV como o registro em cartório, deverão ser realizados no município da ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida pelos hospitais e outras instituições de saúde onde ocorreu o parto, e pelos Cartórios de Registro Civil quando o nascimento ocorre no domicílio. O número de Nascidos Vivos constitui-se em relevante informação e permite inúmeras avaliações e construções de indicadores para a área materno-infantil, bem como as definições de políticas de saúde para grupo o citado. Uma das grandes dificuldades para o uso e análise deste sistema, se deve ainda, à baixa qualidade do preenchimento das DNV (moradia, informações sobre o pré-natal...), pois a este instrumento não é dado o real valor de uso desde o início, quando a informação começa a ser gerada. O nível mínimo de agregação espacial que tem sido usado pelos municípios é o das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde a partir da moradia das pessoas, mas da mesma forma que o SIM, não é o que ocorre na maioria dos municípios. (BRASIL, 1998, 2002)

### **SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)**

Desenvolvido entre 1990 e 1993. Foi concebido pelo CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), com o apoio técnico do DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. É a base para o funcionamento da vigilância epidemiológica.

Em geral, é operada a partir das unidades de saúde e tem por objetivo coletar e processar dados sobre os agravos de notificação compulsória em todo o território nacional à

partir dos municípios. Mesmo que as unidades básicas não tenham equipamentos eletrônicos para sua digitação, os instrumentos de coleta (ficha notificação) são preenchidos e encaminhados aos outros níveis para serem processados eletronicamente (distritos, secretarias municipais ou estaduais). O SINAN permite conhecer e acompanhar a incidência e prevalência dos agravos de notificação compulsória nos vários níveis do sistema de saúde, além muitas outras análises importantes de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar a respeito dos agravos notificados. As limitações ao uso deste sistema se referem às subnotificações de casos e à qualidade do preenchimento destas. A agregação espacial mínima que a maioria dos municípios tem trabalhado tem sido a partir da área de abrangência das unidades básicas de saúde. (BRASIL, 1998 , 2002 )

### **SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica)**

Foi implantado em 1994. É um sistema de informação territorializado, que ainda não tem abrangência nacional, que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais, referentes a áreas de abrangência bem delimitadas, cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Sua base de dados possui três blocos: cadastramento familiar (indicadores sócio-demográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios); acompanhamento de grupos de risco (criança abaixo de 2 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase); e o registro de atividades, procedimentos e notificações (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificação de agravos, óbitos e internações). O nível mínimo de agregação que tem sido utilizado é a microárea de atuação dos ACS. Tem se constituído em importante ferramenta para

microlocalização e intervenção nos problemas de saúde. Este sistema ainda não é de abrangência nacional e muitos municípios estão em fase de implantação. (BRASIL, 2002 )

O **SIAB** é um sistema idealizado para *agregar* e para *processar* as informações sobre a população visitada. Estas informações são *recolhidas em fichas* de cadastramento e de acompanhamento e *analisadas a partir dos relatórios* de consolidação dos dados.

**São instrumentos de coleta de dados:**

- cadastramento das famílias - **Ficha A**;
- acompanhamento de gestantes - **Ficha B-GES**;
- acompanhamento de hipertensos - **Ficha B-HA**;
- acompanhamento de diabéticos - **Ficha B-DIA**;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - **Ficha B-TB**;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - **Ficha B-HAN**;
- acompanhamento de crianças - **Ficha C** (Cartão da Criança);
- registro de atividades, procedimentos e notificações - **Ficha D**.

**São instrumentos de consolidação dos dados:**

- relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas - **Relatórios A1, A2, A3 e A4**;
- relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias - **Relatório SSA2 e SSA4**;
- relatórios de produção e marcadores para avaliação - **Relatório PMA2 e PMA4**.



# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS GERAIS**

- ↪ Conhecer a percepção que os profissionais das equipes de Saúde da Família apresentam sobre os sistemas de informação em saúde da Atenção Básica.
- ↪ Estudar como se incluem nas atividades diárias dos membros das equipes de Saúde da Família as práticas com os sistemas oficiais de informação da Atenção Básica.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ↪ Identificar os Sistemas de Informação em Saúde utilizados nos NSF do município de Ribeirão Preto/SP;
- ↪ Descrever as debilidades e dificuldades no processamento de dados dos SIS.
- ↪ Compreender como os profissionais percebem o fluxo (coleta, análise, encaminhamento e aplicação) das informações em saúde na Atenção Básica.

**PERCURSO  
METODOLÓGICO**

### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Como exposto anteriormente, o nosso objeto de estudo define-se como a percepção das representações dos profissionais de saúde sobre o Sistema de Informação em Saúde no âmbito da Estratégia do Saúde da Família e de que forma essas representações influenciam sua visão e utilização deste SIS diante deste fenômeno.

Para compreender a complexidade da construção destas representações e as relações com o contexto na qual se produzem, utilizamos a metodologia qualitativa. Como aponta Minayo (1994c:21) a pesquisa qualitativa *"trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis"*.

Esta metodologia foi aplicada através de um estudo de caráter descritivo exploratório cujo propósito foi o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. Sua abordagem é qualitativa, na tentativa de suprir as necessidades do estudo.

Ao optar-se pela pesquisa qualitativa estamos tentando uma aproximação mais acurada do objeto em estudo. A pesquisa qualitativa busca o conhecimento profundo acerca da realidade com um entendimento de seus significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores, representações, opiniões e relações, através de uma aproximação fundamental e íntima entre sujeitos e objeto pesquisado e tem como material primordial a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana, caracterizando assim uma das intenções do estudo que é avaliar as necessidades e dificuldades apresentadas pelo profissional responsável pelo SIS assim como sua percepção permeada pela vivência para melhoria do mesmo.

Neste trabalho, a fim de apreender a complexidade do objeto de estudo, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas.

## **3.2. LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado nos cinco NSF as área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto.

### **3.2.1. O MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO**

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do estado de São Paulo e faz parte dos 25 municípios que compõe a Direção Regional de Saúde XVIII – DIR XVIII. É um centro regional de comércio e serviços, com destaque para a área educacional e de serviços médicos hospitalares. Os serviços de saúde se compõem de uma ampla rede, sendo de natureza pública – estadual e municipal e privada – lucrativa e filantrópica. O município encontra-se em gestão plena do sistema de saúde. (MISHIMA, 2003)

O município de Ribeirão Preto conta cinco NSF que são vinculados a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que serão o nosso campo de estudo.

Ribeirão Preto configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços, nesse setor, das mais invejáveis em termos de disponibilidade de recursos, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade.

Na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, organizou-se a assistência em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte - Distrito do Simione, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central.

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. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS.

Cada Distrito de Saúde, conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, será a referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disto, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

Todas as Unidades de Saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatórios de especialidades também são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e ou conveniados.<sup>9</sup>

### **3.2.2. A RELAÇÃO DO MUNICÍPIO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A SMS-RP há alguns anos, estabelece a estratégia saúde da família como dispositivo para uma re-significação do sistema a partir da reorganização da atenção básica.

---

<sup>9</sup> <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/rede/i16apresentacao.htm>

Esta estratégia, recomendada em nível nacional pelo Ministério da Saúde, possibilita a implementação de mudanças de atitude na gestão e nas ações produzidas, necessárias para uma significativa melhoria da qualidade de atenção à saúde oferecida à população. Dentre muitos outros ganhos para todo o sistema, ressalta-se a garantia de acesso aos usuários; a qualidade no vínculo que se constrói entre as pessoas - trabalhadores entre si e usuários; a utilização de uma postura acolhedora e responsável permanente; a longitudinalidade no seguimento às pessoas (continuidade no acompanhamento de usuários associada a uma melhoria na qualidade do vínculo estabelecido); a priorização da família como sujeito-objeto central para a gestão/produção do cuidado; o planejamento estratégico ascendente; o monitoramento e a avaliação das ações dispensadas.

Dentro da Atenção Básica, a Secretaria Municipal da Saúde, elegeu a Saúde da Família como norteadora deste processo de consolidação do SUS almejando concretizar o atendimento de seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização.

O Distrito de Saúde Oeste do município de Ribeirão Preto constitui-se em um dos cinco distritos de saúde do sistema público local, sendo ele um dos principais cenários das práticas de formação acadêmico-assistencial da Faculdade de Medicina (FMRP-USP). Desde 1978 a FMRP desenvolve os conteúdos teórico-práticos de várias de suas disciplinas de graduação e pós-graduação neste espaço distrital, que ao longo da implantação das diferentes políticas de saúde passou por transformações conceituais e operacionais em estreita aproximação com a FMRP e suas unidades de saúde.

A unidade Distrital, e com suas unidades básicas e de saúde da família, organizam-se para oferecer atenção à saúde a partir dos princípios do SUS, os quais reafirmam a saúde como direito social fundamental de cada um dos quase 140 mil cidadãos

moradores deste território. Reconhecem, ainda, o ser humano como um ser integral e a saúde como produto das suas condições de vida.

### **3.3. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS**

#### **3.3.1. A ESCOLHA DA ÁREA BÁSICA DA DISTRITAL-OESTE/SUMAREZINHO**

O estudo foi desenvolvido nos cinco NSF da área Básica da UBDS-Oeste/Sumarezinho, localizada na região oeste do município, uma vez que seria inviável esta investigação em toda a rede básica municipal de saúde, assim como, em toda a área Distrital-Oeste/Sumarezinho, devido ao tamanho da mesma.

A área da Distrital-Oeste/Sumarezinho conta, atualmente, com uma população estimada de aproximadamente 130.000 habitantes, e sua Área Básica, onde se inclui também os 5 NSF, conta com uma população estimada de 18.006 habitantes

#### **3.3.2. OS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA BÁSICA DA DISTRITAL-OESTE / SUMAREZINHO**

Quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) foram criadas junto à USP/FAEPA como alternativa para resolver problemas da distrital do Sumarezinho (CSE) – Distrito Oeste, que havia hipertrofiado suas atividades de pronto atendimento e de ambulatório de especialidades, em detrimento da atenção básica de sua área de abrangência.

Essas ESF foram distribuídas em quatro núcleos, cada um deles com equipes nucleares mínimas, com médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Incorporaram-se à equipe professores, alunos, residentes de Medicina Geral e Comunitária e Pós-graduandos.

Mais uma ESF foi inserida num dos CSE-USP existentes na cidade, o CSE Vila Tibério, próximo à região do Sumarezinho, porém situado no Distrito Central. Essa equipe



que iniciou seus trabalhos em uma antiga e tradicional unidade materno infantil, associando-se à equipe de trabalho que ali já existia. A experiência dessas equipes foi inovadora na cidade e gerou transformações importantes no pensamento da rede. As atividades iniciaram em abril de 2001 em convênio firmado com a USP/FAEPA, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde.

### **3.4. SUJEITOS DO ESTUDO**

Profissionais vinculados aos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP.

### **3.5. CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS**

#### **3.5.1. Critérios de inclusão**

Profissionais vinculados nos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto, pertencentes a equipe mínima e residentes.

#### **3.5.2 Critérios de exclusão**

Profissional que não tenha vínculo com os NSF.

### **3.6. PRINCÍPIOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-

CEP/CSE-FMRP-USP, atendendo a determinação da resolução 196/96, sob protocolo nº. 632/05 (APÊNDICE C )

### 3.7. TÉCNICAS DE PESQUISA/INSTRUMENTOS

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

- **Análise documental;** na intenção de dar subsídios para um melhor entendimento não só da instituição quanto dos profissionais, equipamentos e funcionamento em geral. Na tentativa de delimitar os sistemas presentes na unidade, tempo de funcionamento, alterações pertinentes, dentre outros. Para isto, utilizamos como fonte destes dados e informações documentos da própria instituição e do município, arquivos públicos, fichário e histórico de Ribeirão Preto. Utilizamos esta técnica, no sentido de, “caracterizar os sistemas de informação 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 informação com os serviços, projetos programas, nos quais estão localizados, para a tomada de decisão”. (PINTO,2000, p91)

- **Entrevista semi-estruturada;** Temos como entrevista uma estratégia onde intencionalmente o pesquisador obtém informações através das falas dos atores sociais relativos a idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinada crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento, ou seja, é um processo de interação social entre sujeitos e por isto acaba sendo uma das técnicas mais usada no trabalho de campo. Minayo(1998)

Uma entrevista semi-estruturada é aquela que a partir de certos questionamentos importantes para a pesquisa permite, através da construção de um roteiro básico, maior liberdade de respostas do informante, sem perder de vista o foco colocado pelo investigador,

permitindo ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida em que pode se alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista. (MISHIMA, 2003)

### **3.7. APROXIMAÇÃO COM O CAMPO – PILOTO**

Antes de entrar no Campo para a aplicação da entrevista com os profissionais dos NSF, realizou-se um estudo piloto com 13 profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Ribeirão Preto. Este estudo piloto foi de fundamental importância para análise da viabilidade e adequação do instrumento de coleta, além de contribuir para o pesquisador no sentido de como melhor abordar alguns aspectos com os profissionais e melhorar a dinâmica da entrevista.

Antes de iniciar a coleta de dados com os profissionais, o projeto foi apresentado às equipes dos NSF em reunião, onde, o pesquisador apresentou-se a equipe e expôs o conteúdo da pesquisa, como objetivos, justificativas e a metodologia do mesmo.

#### **3.7.1. COLETA DE DADOS NO CAMPO DE ESTUDO**

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador apresentou-se as unidades, assim como discutiu os interesses e justificativas de seu projeto. Isto realizou-se em reunião com a equipe.

Na coleta propriamente dita, o pesquisador apresentou-se novamente e voltou a abordar o propósito e interesse da pesquisa, a justificativa da escolha do entrevistado e a importância de sua colaboração para que os objetivos propostos pudessem ser alcançados, além do compromisso de retornar os resultados alcançados pela pesquisa para a Instituição. Assim, posterior ao entendimento de todas as etapas, e a aceitação da participação na pesquisa foi

apresentado o Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo assim solicitada a sua assinatura para início da entrevista.

As entrevistas foram realizadas com todos dos profissionais da equipe dos NSF, ou seja, o médico contratado, a enfermeira, as auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Como estes NSF são espaços de aprendizado e formação de profissionais através da Residência em Médico de Família e Comunidade (MFeC) que são 2 anos Abrangeu o período entre os meses de janeiro e março de 2006. Foram entrevistados 37 profissionais.

Tais entrevistas foram realizadas obedecendo a um roteiro básico aberto, estruturado de forma a abordar os seguintes tópicos:

- as atividades no NSF;
- a manipulação ou não o SIAB e qual a sua visão sobre ele;
- padronização de discussão dos resultados em equipe, utilização para o planejamento de ações da unidade e exposição dos dados;
- treinamentos para manipulação do sistema e suporte técnico;
- fluxo dos dados e retorno para a unidade;
- confiabilidade e qualidade dos dados;
- pontuação de falhas, limitações e sugestões para melhoria do sistema;
- utilização de outras formas de informação estruturadas na unidade;
- avaliação geral do SIAB e seus instrumentos.

As entrevistas foram realizadas em um local tranquilo, individualmente. Foram gravadas com autorização dos profissionais.

### 3.8. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”. (BARDIN, 1997)

Dentre as várias técnicas propostas para a análise, optamos pela utilização da técnica de análise de conteúdo, sendo delimitada como análise temática, segundo Bardin (1997) a “análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discursos diretos e simples”, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”(BARDIN,1997).

A análise temática presta-se ao estudo de motivações, atitudes, valores, crenças, tendências. (BARDIN, 1997). Ainda, conforme esse autor, presta-se para o desvendar das ideologias na pesquisa quantitativa ou qualitativa.

O levantamento dos dados e a conseqüente análise dos conteúdos foram organizados em três fases distintas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. (BARDIN, 1997)

Todo o material coletado foi analisado com a finalidade de buscar, a partir de sua organização, a compreensão das razões que norteiam as atitudes manifestadas pelos indivíduos. Para tanto, as entrevistas e depoimentos gravados foram transcritos e codificados, para uma leitura fluente de todo o material obtido, seguida da anotação das categorias qualitativas que foram evidenciadas a partir desse primeiro contato sistemático com os dados.

Posteriormente foram realizadas novas leituras, assinalando-se as idéias importantes, ordenando e numerando as respostas, em vistas á organização do material coletado para destacar os temas, as idéias-chave e aos núcleos de sentido. Partindo dessa ordenação, foram retirados trechos do diálogo nos quais os argumentos construídos permitiram uma melhor compreensão dos sentidos buscados nos objetivos da pesquisa.

Os aspectos de análise dos dados foram apresentados nos seguintes temas: Tema 1: A atuação profissional de atenção básica Tema 2: O SIS utilizado na Atenção básica e a percepção dos profissionais Tema 3: As deficiências e debilidades do SIAB Tema 4: Avaliação e finalidade do SIAB sob a ótica dos profissionais da atenção básica Tema 5: A utilização do SIAB para planejamento de ações e Tema 6: Treinamento para manipular o SIAB e seu fluxo.

# **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO**

A intenção deste estudo foi a de realizar as entrevistas com todos os profissionais dos NSF que se encaixavam no perfil desejado. Distribuídos nestes NSF tinha-se uma disponibilidade de 52 profissionais de saúde, mas conseguiu-se somente realizar a entrevista com 37 deles. Dentre as dificuldades apresentadas para realização das entrevistas com estes profissionais, teve-se: recusa de realizar a entrevista; profissional em gozo de período de férias durante o período da coleta; falta de tempo e disponibilidade dos profissionais para responder a entrevista após vários agendamentos e, profissionais que tinham iniciado suas atividades no NSF em período recente e não apresentavam segurança para responder as questões.

Então, fizeram parte deste estudo 37 profissionais de saúde dos NSF. Sendo que destes, 30 eram do sexo feminino, 19 casados, 33 de cor branca e 16 com ensino superior completo. A idade variou de 21 a 63 anos com média de 35 anos de idade. 22 não tiveram experiência anterior na área de saúde e 22 classificavam suas habilidades em informática como básica. Ao distribuímos estes profissionais por sua categoria profissional tivemos: 8 médicos (entre médicos e residentes), 4 enfermeiras, 5 auxiliares de enfermagem e 20 ACS.

#### **4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

O Programa Saúde da Família traz como uma de suas características básicas, a composição multiprofissional das suas equipes. Assim, existe a prerrogativa de que, uma vez que se disponibiliza de vários profissionais, a troca de informações e conhecimentos, tanto para andamento da unidade, quanto possibilidade maior de ampliar o conhecimento dentro da unidade e aumentar as possibilidades de intervenção sobre os processos de saúde-doença, de modo a atender às necessidades da população.



A pesquisa revelou que não houve muita alteração na conformação da equipe desde a sua implantação. Assim, a equipe estava bem entrosada.

O primeiro passo na elaboração da proposta de implantação do PSF é a definição das áreas prioritárias a serem atendidas pelas equipes. A seleção das áreas atende a critérios previamente definidos em cada município, quase sempre pautados por indicadores epidemiológicos, sociais e de acessibilidade.

Todas as equipes entrevistadas possuíam mapa da área de abrangência, com as delimitações de área e microárea.

A delimitação do território de responsabilização das equipes é fundamental para a estratégia de saúde da família, sendo uma de suas diretrizes. A adscrição de clientela, vinculação de uma população a uma unidade de saúde da família a partir do estabelecimento de uma base territorial, permite delinear a realidade de saúde da população, que está em permanente movimento, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

Nesse capítulo, apresentamos os principais resultados obtidos na pesquisa de campo, segundo os temas já citados no capítulo anterior e organizados a partir da análise do conjunto de respostas.

#### **4.2.1. TEMA 1. A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.**

A incorporação desse tema no roteiro da entrevista foi considerado importante a fim de favorecer a discussão mais ampliada da questão profissional de cada indivíduo dentro da ESF

e verificar se ele, enquanto profissional, definia o SIS como sendo parte integrante da sua atuação no NSF.

Ao tentarmos avaliar o profissional dentro do NSF conseguimos definir atuações distintas dentre os eles. Os ACS acabam dando ênfase maior as suas atividades assistencialistas, e somente alguns abordam a questão do trabalho burocrático e de planejamento das ações.

Segundo Ministério da Saúde, 2000 é definido como profissional responsável pela interlocução entre os usuários e o sistema de saúde. Membro da equipe de saúde da família e, ao mesmo tempo, da comunidade em que atua, ele tem sob sua responsabilidade uma área de atuação previamente delimitada, e deve estar preparado para orientar os indivíduos e toda a comunidade ali presente sobre sua saúde. Deve também realizar o cadastramento das famílias sob sua responsabilidade, zelar pela manutenção e atualização das informações obtidas, manter a equipe informada sobre pacientes sob risco de agravos, encaminhar os usuários ao Centro de Saúde quando necessário, acompanhá-los durante a evolução natural de agravos, identificar microáreas de risco em sua área e monitorar os riscos individuais e coletivos presentes nas mesmas.

Eles colocam-se como elo entre a comunidade e o NSF, visto que a visita domiciliar<sup>10</sup> é o foco principal de seu trabalho e de suas atribuições.

*“Eu sou agente comunitária. Eu faço as visitas domiciliares da minha área. Minha área é delimitada, é... levo orientações para as pessoas tanto para o médico quanto para o paciente. Dificuldades que o paciente tem trago para o médico.” (ACS – NSF A)*

---

<sup>10</sup> A visita domiciliar é um instrumento técnico utilizado por diversas categorias profissionais em diferentes contextos e com vários objetivos. Ela pode ser portanto um mero instrumento a ser utilizado para o controle e ajuste do usuário. Porém, se o objetivo não é controlar e sem estabelecer uma relação de aliança e companheirismo com os usuários, a visita pode ser um instrumento de fortalecimento desta relação e das pessoas envolvidas.

*“E... tem os grupos... que a gente participa. E as reuniões. Ai tem seminários que é a educação continuada, para gente poder entender um pouquinho de cada doença. Para poder também... poder orientar os pacientes. Basicamente isto.”(ACS – NSF E)*

*“O meu trabalho é assim... é.. trazer as duvidas da população em relação ao programa de saúde da família e tentar criar um vínculo entre o programa de saúde da família com a população.” (ACS – NSF C)*

Quando trazem em suas falas a questão burocrática, queixam-se de muitos papéis para preencher, muitas fichas e relatórios.

*“Isto é o que a gente realiza. Fora a parte burocrática, da papelada, as metas que tem se cumprir.” (ACS D)*

*“É o que eu falo você fica navegando no meio da papelada também.” (ACS – C)*

*“Toda vez que é feito visita é feito relatório e as prioridades que o núcleo considera, hipertenso, diabético, gestante, criança, tem uma ficha pra ser preenchida. Então fora o relatório tem mais esta ficha.”(ACS – NSF A)*

*“Perde-se muito tempo dentro da unidade preenchendo fichas disto, fichas daquilo. Agora tem esta da dengue. Poderíamos estar fazendo visitas, prestando assistência as pessoas, mas ficamos aqui.”(ACS – NSF E)*

Mas tem a consciência da importância de se preencher algumas e realizar os relatórios nos prontuários.

*“Às vezes, a gente até reclama um pouquinho. É muito papel pra preencher. (risos). Acho que é o suficiente. Às vezes a gente faz um monte de visitas e depois tem tantos relatórios, tem fichas pra preencher. Só que se a gente não fizer não resolve nada, né? Não adianta ficar só com a gente, só na cabeça. (risos).”(ACS – NSF C)*

Alguns trazem a questão do seu trabalho ficar um pouco desmerecido, visto que, suas anotações ficam restritas ao prontuário familiar e não são todos os profissionais da equipe que o manipulam, para saber o que realizaram.

*“Antes o prontuário da família entrava junto, na consulta. Agora vai só o individual. Os médicos não olham as nossas anotações.” (ACS – E).*

*“Acho que poderíamos ter acesso ao prontuário da família, pois na VD eles contam tudo mesmo. Sabemos o que tem, que doença, e o que falaram com o médico. Não sei porque não podemos mexer.”(ACS – NSF C)*

Toda visita realizada é anotada no prontuário, e caso seja dos grupos específicos, como diabéticos e hipertensos, ainda preenche uma outra ficha (ficha B) que fica também anexada ao prontuário familiar.

Fora as fichas já padronizadas pelo próprio SIAB, cada unidade acabou adotando outras formas de coletarem e anotarem as informações encontradas durante a VD. Alguns ACS utilizam um caderno, onde a cada folha são colocados itens básicos para a VD, como: o endereço, o nome das pessoas, com idade, sexo, patologias e em alguns casos, data de vacinas ou observações importantes. Outras unidades fizeram impressos, com a mesma estrutura dos cadernos. Estes outros instrumentos são vistos como um complemento da ficha A, que não possibilita a inserção de alguns dados. Durante as visitas levam-no e é nele que fazem as anotações necessárias para depois alterarem na Ficha A e no SIAB.

*“O caderno é para as nossas anotações da visita. Mais ou menos o que a pessoa fala eu vou anotando um pouquinho. Só pra depois eu ter idéia pra fazer o relatório.” (ACS – A)*

Já os outros profissionais trazem no seu diálogo as duas atividades, tanto a assistencialista quanto a administrativa-burocrática. O enfermeiro é o que deixa isto mais claro. Traz em suas falas a intensidade de trabalho administrativo, o que muitas vezes diminui o tempo destinado a assistência. Mas traz também a abertura de espaço para as consultas de enfermagem, as visitas, e as discussões de caso. Fora isto, é ele, o enfermeiro que é responsável pela avaliação e supervisão do trabalho dos ACS e dos AE. Além de recepcionar os alunos vinculados a USP.

*“A atividade para o enfermeiro ela tem, além das atividades de organização administrativa, ela resgata a assistência que os modelos anteriores, não era o previsto pro enfermeiro, não é?... Ele atua na assistência direta, ele atua na assistência indireta.” (ENF – NSF B)*

*“É você organizar todo um serviço, pra que se viabilize o atendimento. Orientar as pessoas que estão mais diretamente ligadas a minha competência, que é o auxiliar, o agente comunitário. Isto muda em relação ao outros programas de saúde, porque aqui a equipe trabalha mais próxima. Acho que esta diferença de que a gente tenta trabalhar a gestão do serviço no conjunto da equipe. Não é um trabalho fácil. Quem chega falta experiência, e quem já estava já tinha vícios. Então, é todo um processo de reconstrução de papéis.” (ENF – NSF A)*

*“E como aqui é uma instituição de ensino também, então ainda tem o ensino, formação de alunos de graduação, de enfermagem, de medicina, de odonto e os outros que tema aparecido. Tem uma função administrativa importante que grande parte... historicamente é do enfermeiro. Não tem jeito. Então o administrativo fica quase que totalmente pra mim. Tem a parte da supervisão mesmo de agentes comunitários e auxiliares de enfermagem. Tem formação de residentes, medicina de família e tem a parte assistencial. Além de atendimento em consultório, tem atendimento de acolhimento, tem as visitas domiciliares, tem discussões, etc.. etc...” (ENF – NSF E)*

Os NSF são um dos cenários de formação acadêmico-assistencial da Faculdade de Medicina. Eles funcionam como espaço de aprendizado e formação uma vez que foram concretizados a partir de uma parceria com a FMRP/USP e FAEPA. Sendo palco de aprendizado de alunos de graduação e pós-graduação, principalmente da FMRP/USP e EERP/USP. Atividades acadêmicas das Universidades deverão contemplar a realidade epidemiológica e demográfica da população com a devida responsabilização pela melhoria dos seus parâmetros de saúde.

Já a equipe médica traz em suas falas a concentração de suas atividades no ensino, e os residentes nas atividades assistências.

*“A atividade é basicamente a de estar fazendo supervisão dos médicos residentes e dos alunos de medicina. Também faço alguns atendimentos, eventualmente, mas principalmente eu fico por conta dessa supervisão dos atendimentos que eles fazem.” (MED - NSF E)*

*“Bom aqui no núcleo eu sou residente de medicina de família e a gente trabalha mais na parte de assistência. Então a gente atende algumas famílias que são destinadas para cada residente. Cada residente tem um número de famílias que ele acompanha durante os dois anos. Então a gente faz consultas, faz visitas, também tem as atividades educativas, né?”(RESID – NSF E)*

*“A gente passa no núcleo durante o ano inteiro. Meio período do dia. Tem vez que pela manhã, tem vez que pela tarde. E nossa atividade é dividida, no atendimento, que é a maior parte do dia... é... 1 dia da semana... 1 período da semana a gente reserva para fazer visita domiciliar. Que é ... a gente precisa fazer de 2 a 3 visitas por semana. Depende da época. Tem dia que a gente faz.. discussão em grupo com a comunidade... cada dia tem um tem.”.(RESID – NSF A)*

O trabalho dos Auxiliares de Enfermagem sobre algumas modificações quando comparado a sua atuação básica. Ele, neste cenário, acaba realizando muito do trabalho de recepção dos usuários do serviço, e atendimento e orientação logo na chegada deste indivíduo a unidade. O acolhimento. Alguns vêem isto como uma descaracterização da sua função, visto que a sua atuação assistencialista fica comprometida por ter que permanecer na recepção, realizando tarefas internas.

*“O nosso trabalho como auxiliar de enfermagem fica muito centrado na recepção. No atendimento e acolhimento do pessoal que chega, geralmente é a gente que faz. Então a gente fica com pouco tempo para outras atividades, como grupos, ou a visita mesmo domiciliar. Então a gente tem que ter um dia específico pra sair, e independente do que estiver acontecendo na recepção a vc sai.” (AE – NSF D)*

*“Eu acho que é mesmo a falta de um oficial administrativo, ou de uma organização de serviço, que talvez seja a mesma coisa. Basicamente a gente faz o serviço todo de administrativo, é nosso. Seguimento de papel, andamento de papel, estas coisas a gente faz, a gente recebe o paciente” (AE – NSF E)*

#### **4.2.2. TEMA 2. O SIS UTILIZADO NA ATENÇÃO BÁSICA E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS.**

Voltando-se agora um pouco para o planejamento das ações locais, e tentando delinear quais os parâmetros utilizados

pelos profissionais das unidades para priorizar suas atividades, abordamos a utilização dos SIS nos NSF.

Dos cinco NSF encontramos o SIAB como sendo o principal e único SIS informatizado destas unidades. Encontrou-se outra base de dados informatizada, o Hygia<sup>11</sup> em dois dos NSF. Mas o seu funcionamento e utilização são restritos basicamente a consultas a esta base, sem alimentação ou uso integral do sistema.

*“Utiliza o hygia pra exames e ver os atendimentos dos pacientes que chegam aqui.” (ACS – NSF A)*

Outro sistema esta sendo elaborado pelos próprios profissionais de um dos NSF, com intenção de proporcionar aos profissionais e a unidade alguns dados que não são possíveis de colocar e extrair do SIAB. Atualmente esta base de dados não está sendo alimentada, mas continua o seu processo de aperfeiçoamento.

Assim, procurou-se saber destes profissionais qual o grau de aproximação com o sistema, sua visão e avaliação sobre o mesmo, e a utilização de seus dados na rotina da unidade.

Vale salientar que a adesão e utilização adequada do sistema informatizado podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Um estudo desenvolvido no Beth Israel Hospital, nos Estados Unidos, demonstrou que o sistema informatizado diminui a entrada repetitiva de dados, aumenta a legibilidade e disponibilidade das informações, aumenta a comunicação relativa ao paciente entre as unidades de

---

<sup>11</sup> O Sistema Hygia é um *software* desenvolvido para a área da saúde. É um banco de dados único, com cadastro único de paciente, agendamento de consultas com hora marcada, informatização da área laboratorial com acesso *on line*, registro individual e produção da área de imunização, prontuário eletrônico da clientela, elaboração de registros estatísticos de produção e faturamento. (MISHIMA,1999 )

enfermagem e reduz o tempo despendido para a documentação. (BOURIE, 1997 apud RIBEIRO, 2004, p. 229)<sup>12</sup>

Criado para permitir o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF, o SIAB agrega os dados e processa as informações sobre a população acompanhada, servindo como uma importante ferramenta para o planejamento das ações das equipes. (BRASIL 2004)

*“O SIAB, que é o nosso sistema de informação aqui. Ele tem muitas potencialidades. Nem todas a gente já dá conta de olhar. Mas algumas a gente dá conta de olhar. Fazer uso delas.” (ENF – NSF A)*

Esta ferramenta disponibilizada para as unidades acaba sendo avaliada e olhada de formas diferentes pela equipe e pelos profissionais de saúde que tem contato com algum das partes do sistema.

Cada profissional acaba tendo uma rotina diferente quanto ao SIAB. Assim apresentando aproximações, interesses e percepções distintas também.

Os ACS são aqueles que têm um contato mais próximo e rotineiro com o sistema, visto que fazem sua manipulação a medida que haja alguma alteração na sua microárea<sup>13</sup>. Após a realização da visita e detecção de alguma alteração, o ACS, tem como rotina, automaticamente modificar este dado no cadastro da Ficha A e no sistema.

*“Se eu fui à visita e a família mudou a gente exclui. Se mudou alguém da família a gente exclui a pessoa. Ai você entra na família e inclui. A medida das visitas. A gente tem acesso todos os dias.”(ACS – NSF A)*

---

<sup>12</sup> Bourie PQ, Chapman RH, Dai S, Reiley P. **An automated nursing assessment for a teaching hospital.** Comput Nurs 1997; 14(1):57-60.

<sup>13</sup> Microárea é uma subdivisão territorial da área de abrangência, e precisa ter limites geográficos bem estabelecidos. O critério preconizado para esta delimitação é social e epidemiológico, ou seja, deve corresponder a um grupamento de domicílios que apresentem, além de proximidade e identidade territorial, um padrão semelhante de vulnerabilidade de agravos à saúde.



*“Não, o SIAB é todos os dias. A gente sai pra visita, ai volta com informações novas ou é... mudou a profissão. A gente muda a profissão da pessoa no SIAB. Mudou, entrou gente nova... faz alteração dia a dia. E o fechamento final é uma vez por mês.”(ACS – NSF A)*

*”Sim, a gente manipula. A gente o sustenta diariamente. Com as informações que a gente trás das famílias. Então a gente manipula ele o tempo todo, porque ele é a fonte. É dali que tira tudo. Quase todas as informações.” (ACS – NSF E)*

*“Faz parte do nosso cotidiano a alimentação do SIAB diária. Procurar manter bem atual. Porque você trabalha com números.” (ACS – NSF C)*

Então, eles têm um contato diário com o SIAB, já que tem que transferir as informações colhidas durante a visita para que este banco de dados permaneça atualizado e no final do mês, quando é fechado o relatório mensal e encaminhado para a Secretaria, estes dados estejam o mais próximo da realidade local naquele mês. Cada ACS é responsável pela manutenção e alimentação da sua microárea no SIAB.

Os instrumentos e as fichas do SIAB são usados no dia-a-dia do funcionamento da unidade. Os ACS são os que utilizam um numero maior (Ficha A, Ficha C, Fichas B), enquanto enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem, utilizam basicamente a ficha D.

*“A coleta dos dados sistemática é feita através da ficha D. Eu me preocupo bastante com isto. Tanto que eu faço diferente do que é habitual na unidade. Eles tem uma ficha D comum, pregada em alguns lugares onde eles anotam. Eu carrego a minha comigo para tentar anotar. E as atividades dos alunos, como sempre sou eu que supervisiono, eu faço a anotação também.” (MED – NSF E)*

*“É.. a gente usa o SIAB, né? Que faz... preenche a ficha D. A gente faz isto todos os dias. A gente registra diariamente, né? E .. as vezes em pesquisa também, a gente usa o SIAB. Pra pegar alguns dados.” (RESID – NSF D)*

*“Aquela ficha a gente pensa que é [viável] o SIAB não contempla o Auxiliar de Enfermagem, né? Aqui, que acho que faz no CAPSI, né? E que não coloca a produção do auxiliar. Porque o que ele contempla mesmo é o médico e o enfermeiro.” (AE – NSF D)*

Nem todos os profissionais da equipe sabem manusear ou já entraram em contato com o sistema. Manipulam suas fichas, os prontuários, os relatórios produzidos pelo SIAB, mas nem sempre o sistema propriamente dito.

O lançamento dos dados de produção (PMA2), e saúde (SSA2) que devem ser feitos todo fim de mês, na maioria das vezes fica por conta dos enfermeiros. Os ACS e auxiliares de enfermagem, às vezes, ajudam alimentando seus relatórios. Mas a finalização, o processamento e relatório final ficam sob a responsabilidade do enfermeiro.

*“O lançamento é feito pela equipe de enfermagem e pelos agentes comunitários. Elas que fazem o fechamento.” (RESID – NSF A)*

*“É feito pelas agentes comunitárias. Pelo fato de elas te... acho que um tempo um pouco mais disponível. Nada impediria de... se eu estivesse livre ir lá fazer também... repassar os dados pro computador.” (RESID – NSF E)*

O tempo é um dos fatores apontados pelos profissionais na tentativa de justificar o não manuseio do sistema, ou o não saber manipulá-lo. E assim, torna-se função do enfermeiro tanto fechar, quanto gerar os relatórios e encaminhá-los.

*“Não, eu quase não faço nada no SIAB. A gente anota a nossa produção diariamente, e no fim do mês quem alimenta o SIAB é a enfermeira e os agentes comunitários. Auxiliar não alimenta o SIAB. Até tenho curiosidade, mas a gente não tem tempo!” (AE – NSF A)*

*“Eu faço manipulação do SIAB só quando a enfermeira não está aqui. Então todo mês a gente vai se ajudando assim, para não deixar só para ela, eu faço a parte do auxiliar de enfermagem, por exemplo. Fora isto eu só mexo com o SIAB mesmo, quando eu preciso... quando alguém me pede alguma informação, quando alguém assim, de terceiros, porque a gente recebe muita gente pra fazer pesquisa, estas coisas. Ai eu vou, busco os relatórios, estas coisas.” (AE – NSF E)*

*“Não, eu não. O SIAB não. O SIAB eu não sei. Porque sempre deixou, sempre fica por elas, para elas, então ..a outra Auxiliar de Enfermagem tem mais noção do que eu. Eu, para ser sincera, não.” (AE – NSF D)*

Uma das características que os profissionais ressaltam é a simplicidade de manuseio do programa, mesmo ele não contemplando todos os itens que julgam necessários e apresentando

falhas. Mas na hora de manipular o sistema, extrair relatórios, alterar os dados e informar novas famílias, os profissionais não apresentam dificuldades. Soares (2005) também chegou a esta conclusão sobre a facilidade de manipulação do SIAB devido a sua simplicidade, permitindo que pessoas sem qualquer treinamento em informática o manuseie tranquilamente.

*“Fácil é. Só que faltam alguns dados. Porque é um pouco incompleto, eu acho.” (ACS – NSF C)*

*“Eu como te disse não sei mexer muito com o computador, mas as vezes que eu mexi que eu cadastrei uma família que eu precisei tirar uma família que tinha saído da área, ou até mesmo digitar a minha parte lá. Eu achei fácil. Tranqüilo, por eu não saber mexer.” (AE- NSF A)*

*“Não, eu acho que é fácil. Eu que não entendo muito de informática consigo mexer. Eu acho que o restante da equipe também consegue. Não, tem gente que tem dificuldade.” (ENF –NSF D)*

Apesar de apresentar esta facilidade de manuseio, o SIAB ainda apresenta um aspecto atrasado para a interface dos outros SIS, que eu sua maioria já se encontram em formato Windows.

*“O SIAB ele é feito num formato, numa interface que hoje não é mais comum, né? Nesta altura do campeonato, 2006, você desenvolver um programa que não tem uma interface com o Windows? Sem comentários. Gera uma série de dificuldades, porque você trabalhar em DOS? Não é todo mundo que consegue trabalhar. Embora ele não seja complexo, é chato. É chato. É muito ruim. A visualização dos dados na tela, formato, é horroroso. Até mesmo para você acessar e você fornecer, colocar os dados, é horroroso” (MED – NSF E)*

#### **4.2.3. TEMA 3. AS DEFICIÊNCIAS E DEBILIDADES DO SIAB**

Falhas inerentes ao sistema podem trazer resultados falsos para aqueles que desconhecem tais falhas, distorcendo muitas vezes o retrato que ele fornece da população adscrita. Algumas das falhas inerentes software descritas pelos profissionais foram as seguintes.

O programa não consegue atualizar as idades automaticamente a cada ano, fazendo com que isto tenha que ser feito manualmente, onde se tem que entrar família por família e atualizar as idades, assim como é feito nas fichas A que ficam nos prontuários.

Isto faz com que perca mais tempo em procurar a atualizar as idades, além de correr-se o risco de perderem-se os dados.

*“Eu acho que o SIAB podia mudar, quando muda o ano, por exemplo, que é, os aniversários, aquela coisa, ele podia mudar sozinho. Você tem que saber.” (AE – NSF E)*

*“Ele não atualiza as idades. Você tem que atualizar manualmente. Ai tem que ficar um dia inteiro só para isto. Ele podia fazer isto, não podia? Ai quando vai olhar o consolidado, os dados não batem, porque ele não atualizou.” (ACS – C)*

Além de não atualizar as idades, o programa exclui quando uma criança de 14 anos faz 15. Ao invés de ele enviar para o campo de maiores de 15, ao clicar se apaga. Tendo que ser digitado novamente.

*“Igual os menos de 14 anos. Quando fazem 15 tem que mudar para adultos, só que ele não faz. Ai quando se tenta mexer, ele deleta e tem que digitar de novo.” (ACS – E)*

*“O SIAB divide a ficha em 2 campos. Menores de 15 nos e maiores de 15 anos. Só que, quando um que era menor de 15 faz aniversário, ele não muda. Ai você vê que está errado e vai mexer, ele apaga. Tem que digitar de novo” (ACS – C)*

As famílias que são excluídas no sistema secundário das unidades, não são atualizadas no sistema principal do município, tendo que ser escrita e enviada para que os técnicos modifiquem manualmente.

Ele solicita dados de crianças nascidas vivas, até 3 meses, de 3 meses a 6 meses e de 6 meses a 1 ano, mas este dado não é encontrado pelo sistema, visto que a sua divisão de faixa etária abrange somente menores de 1 ano, não especificando e dividindo em grupos menores.

Isto obriga a que se tenha um instrumento paralelo as fichas disponibilizadas, além de não ter como, através do consolidado certificar-se que os dados coletados batem com os dados digitados. Isto só poderá ser feito uma vez que se entre nas famílias e verifique as datas de nascimento. Fora outros problemas.

*“Não tem dados de crianças menores de 2 anos. Então este é um dado que a gente tem separado. Porque tem de todas as crianças, não é? Ele não separa quantas crianças tem até 2 anos. Não fala sobre... sobre saúde bucal. Não fala. Então eu acho importante.” (ACS – NSF A)*

*“Teria que dar os dados das crianças. Porque tem uma... tem uma tela que abre: hipertensos a quantidade, diabéticos a quantidade, gestante a quantidade. Ai a gente entra mostra as famílias também. Poderia ter de criança, acho importante. Ai as de criança a gente tem separado, né? Porque no sistema não tem. E... acho que só” (ACS – NSF E)*

*“Que é muito interessante, ele pede este dados, mas ele não nos dá este dado das famílias que estão cadastradas. Então a gente tem que ter separado. Isto auxilia a gente pra direcionar a visita.” (ACS – NSF C)*

*“Eu acho o programa muito falho, até mesmo na hora de mudar idade, mudar dados de crianças... se a gente assim, não fizer, ele não muda, entendeu? Acho que pelo tamanho que já tá o programa de saúde da família, do tamanho que já tá o próprio sistema, a demanda que está vindo eu acho que ele teria que ser assim, maior, melhor, sabe? Uma coisa mais... um programa que estudasse uma maneira mais fácil de a gente poder estar complementando as nossas informações nele. Porque as vezes os dados não ficam tão atualizados porque não é todas famílias, todos os dias que você vai lá e pode estar mudando, entendeu? E ele é um sistema trabalhoso. ele vem com... por exemplo, na hora de preencher um cadastro, um exemplo simples, você precisa achar a profissão. E as profissões geralmente estão lá, profissões todas defasadas, ai você não..se você digitar, não entra, entendeu? Não entra. E muitas vezes há falha na hora de excluir uma família toda, você tem que ir um por vez. Ou senão, se você quer tirar só um membro, também não tem como. Tem que deletar a família toda e depois registrar tudo de novo. São pequenas coisas mesmo, no manuseio que eu acho... que é difícil.. é complicado.” (ACS – NSF A)*

*“Pela nossa ficha de cadastro, a ficha A tem muito mais coisa do que tem no SIAB, não é?E também, não sei se é ruim não, mas não tem os nomes. Só por data de nascimento?! Então tem que estar com as pastas junto da família. Se for querer saber de alguém da família tem que estar com a pasta junto. Porque só pela data de nascimento a gente não sabe quem é a pessoa.” (ACS – NSF B)*

Além destes problemas, algumas limitações são detectadas. Algumas situações são abordadas que podem ser apontadas como causas para uma não correta utilização do SIS.

Assim, os profissionais apontam características que deveria ser melhoradas no sistema para que ele tornasse-se realmente um instrumento com grande potencialidades para a unidade.

*“Eu acho que é um sistema bom, que precisava ser.. é... menos engessado, não é?... a regionalização. Nosso sistemas no sul e sudeste, nossa situação epidemiológica é um pouco diferente de norte e nordeste, né? Então se você hoje olhasse a doença crônico degenerativa, pra nós, ela entra.... Você não tem um espaço pra colocar um problema de saúde importante pra nós como a obesidade. Você não tem espaço pra colocar no SIAB assim, a assistência que você realiza e nem caracterizar isto como um problema... uma morbimortalidade da área, não é? A... por exemplo.. a ... depressão... em adulto... é um problema dessa realidade.” (ENF – NSF B)*

*“Se você tiver um menor de 15 anos trabalhando, o sistema não aceita. Então ele dá alguns dados, no meu ponto de vista, equivocados. Será que no nordeste não existe nenhuma criança menor de 15 anos trabalhando? Porque a gente encontra aqui... não é? Precisa repensar este sistema pra nossa realidade aqui. Mas eu não diria... é... tirar o que tem de bom, não é? Acrescentar... eu não consigo pensar em como fazer, mas acho que é importante se debruçar e acho que seu trabalho pode ajudar neste sentido.” (ENF – NSF A)*

*“Um outro problema que o SIAB não contempla, é idoso acamados. Mesmo o acamado de forma geral, que às vezes, nem é idoso, né? Mas na população idosa, o acamado, e na população geral, o acamado, ele não esta contemplado.” (ENF – NSF A)*

*“Uma coisa que eu acho que deveria ter muito, porque aqui se você vai fazer visita, então você pega uma determinada rua e vai... e você as vezes, pelo menos 80% você não encontra. Você vai girando a microarea toda. As vezes, você, num período, você consegue fazer, por exemplo, é...10 visitas. 15 você não encontrou em casa. E você joga o numero de visitas só as 10. as 15 não. E a gente volta muito nestas famílias que não são encontradas. Então assim, o numero de visitas que é jogado no SIAB é o só o que a gente realizou mesmo. E não o que a gente foi, bateu na porta, por que as vezes a gente vai muitas vezes na mesma semana dentro do mês. Estas visitas não encontradas não aparecem dentro do SIAB.” (ACS – NSF E)*

*“A gestante, que eu acho que é... pesa mais pra nós.. ela vem direitinho, ela faz as consultas, só que na hora de passar esta informação das visitas que eu fiz, então se eu tenho 10 gestantes e eu consegui 8, e as 10 vieram na consulta, eu não posso considerar as 10. eu tenho que considerar só as 8, mesmo que as 10 tenham vindo. Porque é dentro daquilo que eu faço e não dentro do que o núcleo faz. Então isto não aparece. É esta visita que fica... que a gente faz não consegue, né..? encontrar a família, ela fica perdida.” (ACS – NSF E)*

*“Ele é um instrumento muito bom em determinadas coisas, para um nível central, que coleta informações de um modo generalizado. E que as vezes tem pouca aplicabilidade in loco. É um grande defeito do SIAB, não é? Talvez até falta de treinamento mais técnico, mais específico pra estar utilizando o sistema, não é? Além das limitações do próprio sistema.” (MED – NSF E)*

*“O SIAB podia funcionar de acordo com a necessidade do serviço, eu acho. Tem que ter um padrão, eu sei, pra não virar uma bagunça, mas a gente podia ter acesso as faixas etárias diferentes do que está ali. Eu acho que ele poderia dar uma ajuda maior pra nós, podia facilitar um pouco. Mais se ele tivesse a opção. Mais opção de relatórios. Aqui, especificamente a gente tem muito adolescente, muita criança e a faixa etária que o SIAB pega é específica. É de tanto a tanto e de tanto a tanto. Fora isto você tem que pegar 1 por 1. Então é muito complicado mesmo. Acho que podia melhorar nisto.”(ACS – C)*

#### **4.2.4. TEMA 4. AVALIAÇÃO E FINALIDADE DO SIAB SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Apesar de apresentar falhas, deficiências, o SIAB é uma realidade nas unidades. Cada profissional acaba tendo uma percepção diferente sobre o SIAB. Algumas vezes até contraditória, pois apesar de criticarem e apontarem deficiências, alguns consideram bom, pois apesar de tudo ele apresenta potencialidades.

*“Ai... é um sistema que tem todas as informações da área, né? Que ai a gente separa por cada microáreas. Mas é da área do núcleo. então ali tem todas as famílias cadastradas, o número de pessoas, tem todos os dados da área que o núcleo atende.”(ACS – NSF A)*

*“Acho que é um instrumento de... gerenciamento importante. Com todas as dificuldades ele... tem muitas potencialidades. E a gente pode ta... o fato de você saber, é né? Aquela busca ativa do usuário, da população adscrita de sua responsabilidade. De já colher morbidade referida... depois certificar se aquela patologia.. é... eu acho que ele te dá uma boa... um bom instrumento de gestão. Tanto de assistência direta quanto de gestão administrativa. Aqueles dois pólos que... não sei se você percebeu? mas tem vários sistemas fragmentados que não se comunicam... tem coisa que pra mim é ridículo, né? Eu mando uma planilha de nascidos vivos, e .. de repente me pedem uma outra informação. eu falo que as informações elas são paralelas, daqui.. .da ponta da linha até no Ministério. Eu posso te dizer assim, se você pensar num chuveirinho, um pingo não se comunica com outro pingo, né? É mais ou menos assim. e nós aqui em baixo levando a chuveirada. Claro que todos esses instrumentos... eles tem uma razão de ser.. quem idealiza ta com toda um preocupação. É... fica, pra quem ta operacionalizando a assistência no nível mais descentralizado, operacionalizar a alimentação desses sistemas, fazer esta compreensão... não é uma coisa simples.” (ENF – NSF A)*

*“Ele é um instrumento importante de trabalho, entendeu? Ele é um instrumento importante de trabalho. Porque querendo ou não é através dele que o Ministério tem os dados do que a gente esta realizando,entendeu? Embora assim,... ele seja assim, muito restrito, sabe?... bem quadradinho mesmo. Mas ele é uma maneira que tem de a gente estar se mantendo informado e ter mais ou menos uma organização da nossa área. Entendeu? Ele é falho, mas ele é um instrumento importante de trabalho.” (ACS – NSF A)*

*“É mais pra ver mesmo , como é que esta o andamento, o acompanhamento da comunidade, né? O numero de cada gestante, criança que você tem assim. varias coisas né? e como é que esta o acompanhamento. Mas eu acho que ele poderia ser olhado melhor mesmo. Se aproveitado melhor estes dados que a gente pode, tenta colocar certinho ali, ser aproveitado melhor, pra ver onde a gente esta falhando, aonde que a gente esta bem.”* (ACS – NSF C)

*“Pra nos aqui eu acho que o SIAB é um instrumento muito válido de avaliação do nosso trabalho no nível local. Nosso trabalho neste lugar. É... eu acho que ele serve muito pra isto. Eu acho que ele me ajuda muito com a supervisão dos agentes comunitários, a gente... na oportunidade, quando a gente tem, quando a gente senta pra fechar o SIAB, é uma oportunidade que a gente tem pra conversar a respeito de diferença, de qualidade e quantidade, como é que a gente esta olhando, como é que a gente esta trabalhando com as pessoas da nossa área de abrangência, que tipo de cobertura a gente esta dando, que grupos nós estamos priorizando, então esta coisa são importantes pra gente ver... eu tenho o SIAB como um instrumento pra realizar isto. Assim como um instrumento pra gente avaliar o que a gente faz mesmo, em termos de produção. produção de consulta médica, produção de consulta de enfermagem, produção de outros procedimentos, que aqui a gente faz muito pouco, mas ainda tem um ou outro. Então o SIAB me ajuda tanto nesta avaliação..., na supervisão das agentes, na avaliação do nosso trabalho aqui e na história de monitorar mesmo o que é que nós temos, e que jeito a gente tem que ... o que é que a gente precisa modificar. Se os grupos permanecem os mesmos, os nossos grupos prioritários, que a gente aqui tem uma população de muita gestante, muita criança, que são os nossos grupos prioritários, mas isto, no território vivo, pode mudar, então a gente também pode mudar o jeito de fazer, olhando pra determinados grupos. O SIAB me ajuda nisto, muito nisto, eu acho que é um instrumento muito válido. Pra se fazer o monitoramento que chama, né? E avaliação. Eu acho que é muito importante.”* (ENF – NSF E)

*“Eu acho que é burocracia e prestação de serviço, só. Só, é prestar contas do serviço deser feito. Eu acho que é mais isto. para mim ele é uma prestadora de conta. E... bem assim, para mim, ao meu ver, ele ajuda para prestar contar e com o ensinamento para os alunos. Eu acho que é mais um controle. Eu acho que serve mais para ensinamento e para nós, eu vejo assim, é mais uma prestadora de contas.”* (ACS – NSF B)

*“Pra mim o que seria o SIAB eu acho que é uma visão muito particular , e eu acho que não é condizente com a realidade. mas um sistema... é... um sistema do qual a gente dispõe, eu não acho que seja o sistema ideal. Eu acho que é um sistema com pontos falhos, com necessidades que não são suplantadas e outras coisas mais. Mas é o que a gente tem disponível. Que poderia ser... poderia e deve ser uma ferramenta muito importante utilizada dentro dos seus limites, mas ainda assim traria um impacto muito positivo para as praticas do PSF. E que é desperdiçado. Eu não acho que ele dá conta sozinho de tudo o que uma equipe de saúde da família precisaria em termos de informação para planejamento local. Mas é a ferramenta disponível que pouco valorizada. Que poderia ser utilizada de melhor maneira. Eu vejo o SIAB desta forma, ainda que com limites, poderia sim, ter uma utilidade muito grande, para as equipes. Já que ele é obrigatório, isto deveria estar sendo usado de uma maneira mais eficiente. Eu acho que eu vejo o SIAB desta maneira. Acaba sendo um desperdício. Estranho né*



*definir. Definir o SIAB. O que é o SIAB? O SIAB é um desperdício. É algo que existe e poderia estar sendo utilizado, mas é desperdiçado. Acaba sendo o que a gente vê por aí.” (MED – NSF E)*

Assim vemos que existem diferenças nos pontos de vista dos profissionais que manipulam o SIAB. Muitos acreditam que apesar das falhas e debilidades do sistema, ele ainda é muito bom, pois você consegue ter na unidade, de forma rápida, acesso a vários dados que se fosse procurar nos prontuários seriam inviáveis.

*“Acho que o sistema é bom, tem algumas modificações, mas no geral é bom, ajuda bastante... ele tem todas as informações que precisa. É só entrar rapidinho que consegue. A gente quase não tem problema aqui. [que a gente não consegue resolver] A gente quase não tem problemas porque é bem tranquilo. Pra entrar, pra sair, se precisar tirar de imprimir ele imprime também.” (ACS – NSF A)*

*“Tem na pasta individual de cada um. Se tá tudo ali no computador, você consegue aglomerar isto, e... consegui fazer um outro tipo de trabalho, ajudar mais assim...” (ACS – NSF A)*

*“É um nó na cabeça. E damos, assim, conta de olhar, não só o ponto, mas olhar o todo. Eu acho que pra quem chega acessar este todo.. não é tranquilo. E nem pra mim foi, né. Então é uma busca.. ainda é muito de cada profissional... tentando fazer a síntese de todos os sistemas, porque ela não está dada. É a história do dado, informação e conhecimento. A síntese, que seria o conhecimento que estes dados podem revelar... é... as vezes não é feita porque não é simples. E alguns profissionais podem não ter é... instrumentos pra fazer esta síntese... conhecimento mesmo... maturidade... isto vem com o tempo também. Vem com o manuseio. Eu também tive, no início da vida profissional que compreender isto, e buscar este conhecimento. Não é simples.” (ENF – NSF A)*

*“Olha eu considero que seja ruim, entendeu? É como eu disse, é necessário, é importante, mas tem muita coisa pra ser melhorado. Muita coisa. Até questão de próprio conhecimento da gente que manuseia. Igual você fez até uma questão assim: você sabe pra onde vai? E devolução? Muitas vezes a gente tá tão preocupado em preencher que é o que é pedido, que a gente, as vezes, não toma esta consciência. Realmente, pra onde tá indo, cadê a devolução disto? E.. .eu acho assim.. que até neste sentido. Se o programa ele precisa... ele é importante, ele precisa.. e todo mundo precisa tomar esta consciência que ele é importante. E eu acho que quando isto acontecer ele vai ser melhorado.” (ACS – NSF B)*

*“Eu acho que é muita ficha pra preencher. A gente gasta muito tempo aqui dentro fazendo relatório e preenchendo estas fichas. São importantes, né? Para você tá vendo o acompanhamento daquela pessoa, mas é muita.. .serviço burocrático acaba é... prendendo muito a gente aqui dentro, num horário que a gente podia estar na rua fazendo visita.” (ACS – NSF C)*

*“Eu acho que a maioria tem ainda esta coisa de que é só uma encheção de saco mesmo, uma burocracia que eu tenho que cumprir no final do mês. Uma tarefa, mesmo. Não vê como outras possibilidades. A maioria ainda não... porque a maioria não acessa, sabe? Quando você tem um tempo disponível, que as vezes acontece, não é sempre, mas as vezes acontece. Ninguém senta pra olhar o SIAB por exemplo. Eu nunca vi. Pra ver o que é que tem ali, sabe? O que é que eu posso fazer com isto aqui. Ou mesmo o relatório. Dar uma olhada. Vou entender? Se não entender eu pergunto pra quem consegue entender melhor. Eu acho aqui no núcleo, agora a gente esta com um médico novo, mas nem medico, eles dão muita importância pro SIAB, porque o preenchimento da ficha D, já é complicado, pro médico. então eu acho que não dão muita importância ainda não. Mas está mudando. Rs” (AE – NSF E)*

#### **4.2.5. TEMA 5. A UTILIZAÇÃO DO SIAB PARA PLANEJAMENTO DE AÇÕES**

A grande maioria dos membros das equipes participavam de reuniões internas para planejamento. Estas reunião acontecem semanalmente, sendo que são divididas por diferentes categorias. Basicamente existe a reunião administrativa e a reunião para discussão de casos.

Nestas reuniões são discutidas as prioridades das unidades, assim como a discussão de famílias e apresentação de projetos e outros. O planejamento das estratégias é realizado ali. A utilização de instrumento de avaliação e planejamento não pareceu estar consolidada, dado que a maioria dos profissionais referiram que as equipes não utilizavam o SIAB para este fim, ou quando utilizavam era de forma tímida e especificamente para uma determinada situação, como montar grupos.

Assim temos claro que ele acaba sendo subutilizado, uma vez que, muito pouco dos seus dados são discutidos em equipe. Conseqüentemente, não é rotina das unidades analisarem os

relatórios e consolidados rotineiramente. É usado mais para a pesquisa do que como instrumento norteador de ações dentro da unidade. Algumas atividades e grupos acabam sendo elaborados sobre seus números, mas só como confirmador do que é visto na prática.

*“Não. Não é passado pra equipe, tipo na reunião. Não é passado numa reunião que foi fechado o SIAB ontem. A gente viu tantas... fez tantas puericulturas, pré-natal, as agentes estão assim e assim. Isto daí não é passado não. E também é uma coisa que eu acho que deveria todo mês. Já aconteceu, mas muito pouco. Em alguns aspectos, né? Mas eu acho que deveria todo mês também estar fazendo isto. É importante você saber.”* (ACS – NSF E)

*“Aqui constantemente ele é usado, Quando vem pesquisadores, que querem algumas informações e usam o SIAB. Também.. ele é utilizado, às vezes, para elaborar grupos, né? Tem tantos diabéticos em tal lugar, né? É usado sim”*(AE – NSF A)

*“A gente tem que fazer um levantamento é... diagnóstico da área, vamos supor assim. a gente vem, tem bastante coisa que a gente pode pegar do SIAB. Bastante coisa não, quase tudo, né? a gente pega do SIAB pra fazer uma... dá pra fazer um bom levantamento. Pra fazer grupos.. se a gente precisa pegar um numero x de diabéticos, ou hipertensos, ou gestantes, a gente vem, sabe, é... qual família eles estão. E a gente vai localizando e vai elegendo as prioridades pra montar o grupo.”* (ACS – NSF C)

*“Essa não é prática comum, ta? Usando SIAB pra nortear serviço, fazendo planejamento local. Isto é muito bonito no papel, na realidade não tem acontecido. Não só aqui, ta, Que eu acho muito preocupante, como na grande maioria dos lugares. Uma dificuldade muito grande de aceitação quando a gente tenta implementar este tipo de pratica. Senti isto na pele, porque eu sou um defensor disto. E tentei fazer isto em alguns locais e a resistência é muito grande. É... por incompreensão, por pouco valor que se dá nisto, pelo não saber fazer, por uma serie de coisas, mas não é pratica comum não. O SIAB não serve como instrumento de planejamento local, não. Mesmo aqui, isto dá pra sentir.”*(MED – NSF E)

*“Não com uma freqüência mensal. Eu faço pra dar uma olhada assim. como é que foi a cobertura de visitas que os agentes aquele mês conseguiram. Como que foi a ... o desenrolar dos atendimentos médicos, nem sempre a gente leva aquilo pra discutir com a equipe. As vezes leva um ponto ou outro. As vezes quando o mês esta começando, por exemplo, fevereiro a gente já esta sabendo que nós só vamos ter 15 dias úteis. Não, nem isto. Nos temos que fechar o SIAB no dia 15. Nesse dia, nessa primeira quinzena ainda tem dias não úteis. Então vai ser um mês que você vai ter que sentar, e priorizar visitas, priorizar atendimentos. Não vai dar pra contemplar todos.vc sabe que a cobertura já vai ser baixa e você vai lidando com algumas coisas de planejamento, empíricas, mas você vai lidando com o planejamento. Fora que não é rotina da equipe a cada tanto tempo sentar e olhar os dados”. (ENF – NSF D)*

*“a sim. A gente usa sim. Principalmente pra saber numero de gestante, numero de crianças, com o é que a gente pode planejar um grupo de mães por exemplo. Pra fazer um levantamento a respeito da epidemiologia, vamos dizer ate assim, né?” (ENF – E)*

Como alternativa da falta de discussão dos dados do SIAB, algumas unidades apresentam quadros, onde colocam dados sobre as VD, os grupos prioritários, dentre outros. Alguns dos dados são aqueles que encontramos nas fichas do SIAB como número de VD gerais e específicas por grupos prioritários como gestantes, hipertensos e diabéticos, e crianças menores de 2 anos. A estes grupos é acrescentado acamados, que é um dado que o SIAB não apresenta. São quadros vivos, alterados a medida das VDs. Assim, mesmo que não sejam discutidos rotineiramente em equipe, estão a vista para que quem quer que chegue a sala de reuniões tenha acesso direto a estes dados, que fazem parte do perfil epidemiológico daquela unidade. Estes quadros tem servido em sua maioria para uma análise direta da situação, visto que é atualizado constantemente. De uma forma , alguns dados do SIAB são ao menos vistos pela equipe, mesmo que não discutidos. Esta acabou sendo uma forma de viabilizar a demonstração de alguns indicadores, sem precisar recorrer ao sistema.

*“Ali... na sala... tem um quadro... Que... anota, né? Quantas visitas que os agentes fez. É... quantos pacientes cadastrados... e uma vez por mês, passa.. passa no quadro, quantas visitas do médico, do auxiliar quantos acolhimentos. A gente discute sim.”(AE – NSF A)*

*“Depois no final do mês passa na lousa ali pra saber quanto todo mundo fez. Cada um.” (AE – NSF E)*

*“Isto. a gente fecha o SIAB, num determinado dia que eles pedem. A gente tem um quadro que fica atualizado todo mês na sala. Pra quem entrar já dá uma olhava o que é que esta acontecendo na... na nossa área inteira. E discute , as visitas, as visitas médicas. Todo mundo participa e vê o que foi feito e o que precisa ser feito.” (ACS – NSF A)*

*“A gente agora esta com aquele quadro. Que eu acho que vai ser bastante interessante pra gente ter na frente da gente alguns dados que o SIAB não traz. Por exemplo, o dado que nos temos lá é sobre acamados. Então a gente não consegue ver isto no SIAB, mas vai ter lá. A gente montou... outra coisa que a gente tem lá é uma comparação. Pra gente ver, por exemplo, aleitamento materno em crianças até 4 meses. Isto eu consigo ver no SIAB.*

*E aí, o que a gente pretende com aquele quadro lá, por exemplo, é saber se a gente aumentar o número de visitas, se aumentar as outras atividades com as mães, se isto aumenta então, o índice de aleitamento materno. Então o quadro também serve pra isto e tem algumas informações que não tem no SIAB. Que aí a gente tem que ir se adaptando, vamos dizer assim, pra gente trazer essas informações de um outro jeito. Eu não tenho como saber quantas visitas foram feitas pras crianças menores de 4 meses se eu não tiver um outro lugar pra anotar que não seja a ficha D, porque a ficha D não trás isto. E também não temos eu colocar isto no SIAB. Eu tenho como saber quantas visitas foram feitas pelos agentes comunitários, mas não tem como saber quantas foram feitas pelo enfermeiro, ou pelo auxiliar de enfermagem, isto não tem com o achar não.” (ENF – NSF E)*

Além das fichas, dos instrumentos providos do SIAB como a ficha A, ficha D, e fichas B, as unidades acabam formulando outras fichas no sentido de suprir as limitações de algumas destas fichas.

A ficha D, por exemplo, não contempla todas as atividades realizadas pelo NSF, principalmente aquelas de promoção e prevenção, além de não contemplar o trabalho do auxiliar de enfermagem.

Assim, no sentido de mostrar que o trabalho que é realizado pelos profissionais de saúde na unidade é muito mais do que é demonstrado pelos relatórios do SIAB, outros relatórios também são feitos como o CAPSI<sup>14</sup>. O CAPSI é um relatório que apresenta as atividades desenvolvidas no NSF. Ele traz alguns dados do SIAB, mas não só números. Ele descreve o tipo de atividade desenvolvida.

*“Tem, por exemplo, um relatório paralelo. A gente faz o CAPSI. Por exemplo, uma agente comunitário esta doente, está afastada. A cobertura daquela microárea fica baixíssima, ou até zerada. Então, vai daquele jeito mesmo para o SIAB. Ai a orientação é justificar essas coisas e outras coisas que no CAPSI você informa. Microarea X, está com o agente comunitário, a fulana responsável está de licença saúde, por este motivo a cobertura esta baixa. Teve um tempo... a gente sempre fez, né, mas teve um tempo que a secretaria ligou para nós e falou, pode parar de fazer, porque ninguém lê. A gente falou, ai, como ninguém lê? A gente confia que desta forma estão compreendendo as dificuldades que a gente tem no trabalho, né? A gente tem deixado aqui está só enchendo gaveta. Pode parar de*

<sup>14</sup> O CAPSI foi criado para o cálculo e pagamento de incentivos financeiros ao PACS e PSF em 1998 e desativado em 2000, quando o MS passou a adotar para esta finalidade o SIAB como fonte de informação. O CAPSI discrimina três situações: equipes qualificadas, equipes implantadas e equipes “pagas”.

fazer. Ai a gente parou. Só que ai houve uma auditoria do Ministério da saúde e eles perceberam que, seria importante continuar fazendo este relatório sim. Mas ai você faz, fica na secretaria de saúde e ninguém lê. Continua não lendo Então, você vai desmotivar. Você faz por fazer. E quando você sabe destas coisas não tem vontade de fazer. Porque dá um trabalhão.”(ENF – D)

“Além desses sistemas oficializados, é... fazemos um relatório qualitativo que chama CAPSI por algum motivo que eu não sei te falar. Aonde nos relatamos tudo o que se faz aqui e que o sistema do SIAB não contempla. Que tipo de trabalho de grupo, quais são os trabalhos, quantas pessoas frequentam, quem responde, que tipo... quais são as atividades que a equipe faz é... reuniões administrativas, reunião de planejamento, reunião de discussão de família, é... quem tá unidade, quem tá de férias, quem tá de licença. É claro que é um qualitativo bem doméstico, porque eu não vou na estatística vital saber se todos o que eu computei como óbito é.. se tem todos. Mas aqueles que a gente capta da informação da visita domiciliar do agente, vai para um relatório qualitativo. A gente tem este relatório qualitativo é... já a 5 ano.”(ENF – NSF A)

“É comentado o que é que teve. Igual o mês que tem muitos alunos ou que tem uma atividade fora. É colocado também junto no CAPSI. Porque ai faz um relatório separado, justificando o que é que nós fizemos no mês inteiro. Ai é mandado junto para secretaria.” (ACS – NSF A)

“Criou-se o CAPSI porque nem tudo o que a gente faz contempla no SIAB. Ai faço uma parte do que cabe, né? Principalmente o auxiliar que quase não contempla. Porque o SIAB ele só contempla mais assim as visitas, o hipertenso, né? A consulta do enfermeiro, do médico, né? Mas... é.. eu acho que faltam alguns dados, ou alguns itens ali pra tá colocando.” (AE – NSF A)

“O SIAB, ele não é... evidencia o volume de trabalho que o auxiliar tem, porque ele é um sistema muito duro, muito engessado, né? Então a gente completa, ali, neste relatório qualitativo, a produção do auxiliar de enfermagem. Porque às vezes fica parecendo que... o psf você não faz alguns procedimentos de unidade básica... você tem um acolhimento. Isto não existe no SIAB. É... Circular sala pra exame ginecológico, isto não existe no SIAB Na verdade, num certo momento, ninguém entendeu muito a importância.(risos). Mas enfim...”(ENF – NSF E)

“Tem um fechamento que é o CAPSI que inclui tudo o que foi feito. Que isto a gente sabe. Que pega muita parte de informações do SIAB também. O CAPSI é um relatório que é feito das atividades do mês. Mas tem muita coisa que entra neste CAPSI que não tem lugar no SIAB para colocar. Complementariedade ao SIAB.” (AE - D)

A princípio foi uma forma que a unidade encontrou de ter certeza de que seu trabalho estava sendo reconhecido. Além de atuar como uma forma de demonstrar, ou explicar o

porquê de determinada característica do atendimento naquele mês. Como por exemplo, a baixa cobertura das visitas,

*“A... a secretaria municipal tinha sugerido que parasse de fazer. Mas a gente continuou fazendo aqui... na minha equipe aqui... pra nós. Porque achamos que é um dado importante.” (ENF – NSF A)*

Sentindo falta de algum instrumento específico que o SIAB não aborde através de seus instrumentos e fichas, algumas unidades adotam fichas, instrumentos e planilhas elaboradas por eles mesmos. A intenção é a de estruturar melhor dados que não são coletados pelas fichas do SIAB e que a unidade julgue necessário. Uma ficha que foi formulada pelos NSF e uniformizada em todos foi a Ficha C.

*“É que eu sei foi criado a ficha da criança. A ficha da criança foi desenvolvida aqui pra ficar mais fácil né. Mais ágil de ver aleitamento, a ira, vacinação. Eu acho que é só de documento assim fora do SIAB que foi feito pela equipe.” (ACS – NSF E)*

Outras fichas são utilizadas na recepção, para controle da demanda e procedimentos que não são abordados pela ficha D.

#### **4.2.6. TEMA 6. TREINAMENTO PARA MANIPULAR O SIAB E SEU FLUXO**

Basicamente os profissionais sabem que os dados são encaminhados para a SMS através de disquete, e que um profissional de lá é que vem buscar nas datas específicas de fechamento do SIAB. Algumas pessoas abordam o fato de ser enviado uma cópia impressa para o CSE visto que o mesmo não possui o SIAB municipal para ter acesso aos dados, sendo assim necessário o encaminhamento na forma de planilhas impressas do próprio SIAB. Mas isto é só para que a direção do CSE tome ciência do andamento do núcleo, visto que possui vínculo.

Alguns profissionais referem não saber qual é o fluxo, qual o percurso e para onde é enviado estes dados que são coletados e armazenados no SIAB da unidade. Outros sabem que os dados vão para SMS, mas não sabem para onde seguem. E já a maioria trazem que o objetivo é chegar ao Ministério da Saúde, mas não sabe como isto acontece.

*“Todo o final do mês quando fecha é enviado pra secretaria de saúde, acho que o ministério. Manda um também pro Cuiabá. Então, não sei se da secretaria vai pro ministério. Ainda não to muito craque no SIAB. Eu só sei que é o ministério da saúde que manda a verba do PSF, então é pra ele que tem que justificar a produção.” (ACS – NSF A)*

*“A gente encaminha pro centro de saúde escola, porque como eu te falei, ele tem que dar satisfação ao gestor. Ele faz um condensado geral, mas ele não tem o sistema do SIAB, no seu... é... na sua.. na sua divisão de informática. Então o que nós mandamos é um relatório impresso, do que se produz aqui. dentro do SIAB tem um ícone, lá produção. A gente manda aqui. ele é uma parte paralela. Porque informar ao Ministério vai via disquete ainda. Nesta altura do campeonato, não é on-line. Vai por disquete.” (ENF – NSF A)*

*“Então, é arcaico. Ai você grava no disquete as informações que você tem. E vem o motorista, busca este disquete e leva para secretaria. Ai lá é consolidada todas as informações do município. Manda para DIR e consolida e manda pro estado, e manda para Brasília. Então assim, eu acho uma coisa muito esquisita. Você ainda lidar com disquete. A gente hoje grava em 3 disquetes.” (ENF – NSF D)*

Depois de realizado o fechamento mensal do SIAB e encaminhado estes dados para os órgãos competentes e não existe retorno destes dados para unidade. Seja de qual for a instância.

*“Não. Só quando não chegou até lá que eles ligam. Oh! Não chegou! Tem que mandar de novo!” (ACS – NSF B)*

*“Não tem... nós não recebemos a devolução deste banco de dados. É... jurássico. Nós temos um controle mais... interno. Mais... controle doméstico.” (ENF – NSF A).*

*“Não... só quando é... às vezes acontece do sistema, sei lá... dá alguma coisa errada e eles não conseguem abrir o disquete lá ai eles falam. Ah. Não deu certo isto e isto, faz de novo, sabe. Mas em relação a produção da gente, nada. Por enquanto.” (ACS – NSF A)*

*“Não sei, acaba ficando só este fluxo de mão única.” (ENF – NSF D).*



Assim, não existe uma troca, uma discussão entre nível local e municipal ou qualquer outra instância. Os profissionais são encarregados de coletar, processar e encaminhar os dados. A análise também deve ser feita em nível local com o que o SIS disponibiliza.

Os profissionais em sua maioria não receberão treinamento específico para manipular o SIAB. Os que receberam o treinamento específico foram aqueles que estão no NSF desde sua inauguração. E posterior a isto não teve nenhuma reciclagem. Os que entraram depois foram sendo treinados pelos próprios profissionais do NSF.

*“Quando eu entrei as agentes comunitárias e a enfermeira me mostrou o SIAB, como é feito aí elas fizeram pra mim. Saíram comigo. A gente fez uma visita, fez um cadastro, e aí vim, pra colocar no computador. Aí me ensinaram como é que era.” (ACS – NSF A)*

*“Quando o núcleo abriu... é... foi autodidata. (risos). Ir compreendendo o SIAB no caminhar. A gente se debruçou mesmo em cima daquilo que vinha do ministério. Não veio nenhum expert nos dizer como fazer. Todo mundo teve que aprender fazendo, né? Era um problema de como acessar as informações.” (ENF – NSF A)*

*“Quando eu comecei a trabalhar aqui nos tivemos o treinamento introdutório do saúde da família. Que era do pólo, que antigamente era chamado de pólo de capacitação do pessoal do saúde da família. Não me lembro direito. Mas era específico para isto. E eu participei do introdutório. No introdutório teve uma aula mesmo, sobre o SIAB, o pessoal mostrou as fichas, mas nada assim, não tivemos treinamento com computador... a prática não! Isto a gente foi aprendendo mesmo de mexer no sistema, de olhar manual, que é o que a gente tem, estas coisas assim. foi como a gente foi aprendendo mesmo a mexer. Autodidático.” (ENF – NSF E)*

*“Aqui, feito aqui nesta equipe. Eu acho que alguém, de uma secretaria, de algum lugar, deveria estar treinando mais este tipo de serviço, porque são serviços necessários. Tem muita gente que vem crua, crua, crua, como eu vim. Eu olhava no computador e eu achava que ele ia me morder. Porque a gente sabe que tem uma serie de programas, que qualquer esbarradinha você esta, interferindo no serviço dos outros, né? Então isto é muito serio. Principalmente vc vê falar em vírus, quando você consegue ouvir falar em vírus. Você já fica assim, aí meu Deus do céu. Será que é na minha mão que vai acontecer?” (ACS – NSF E)*

Quando questionados sobre a existência ou não de um profissional, uma equipe que dê algum tipo de suporte quanto ao SIAB, muitos dos profissionais não sabem responder. Sabem

que pode até haver, mas que esta informação mantém-se com a enfermeira, pois quando acontece alguma coisa é ela quem geralmente resolve ou quando não, entra em contato com as outras pessoas para providenciar as medidas cabíveis. Com isto é possível verificar que, apesar de o SIAB não especificar que é o profissional responsável por sua manutenção na unidade, ou se é que existe ou deveria existir este profissional, visto que toda equipe deveria estar articulada com o sistema, o enfermeiro acaba assumindo mais esta finalidade. Já que este profissional ainda permanece como sendo o responsável pela parte burocrática, os papéis e não sendo visto no aspecto mais amplo de sua atuação. Assim, é característico também que, de responsabilidade do fechamento e encaminhando destes dados fique sob a responsabilidade deste profissional, que é o que tem que consolidar as fichas de atendimento e confirmar os dados ali preenchidos.

Mas uma vez é confirmado que acaba sendo responsabilidade do enfermeiro a manutenção do SIAB, assim como.

*“Chama ela [enfermeira]. Me socorre.”(ACS –NSF A)*

*“Porque quando tem problema a enfermeira chama ele. Ai a gente passa pra enfermeira. Se acontecer alguma coisa a gente passa pra enfermeira, porque é a Sonia que é responsável pelo SIAB, né? A enfermeira.”(ACS – NSF C)*

*“Hoje mudou que, o núcleo passa a seu uma máquina secundária dentro do município. E o município faz a gestão de todas as atualizações do sistema e tem uma pessoa, dentro do setor de informática do município que faz esse... elo de ligação. E que também, aprendemos juntos. Quando vem versão nova, vem. E... tem sido assim. Olha teve um treinamento formal? Não.”(ENF – NSF A)*

*“Eu não tenho. Ai quando você questiona um pouco mais esta pessoa, este técnico que fica responsável por isto, ai ele também chora as pitangas para você. Olha eu também não tive treinamento. Eu não queria isto, me puseram nisto, eu não gosto disto, e ai você acaba conformando que é assim mesmo.”(ENF - NSF D)*

A maioria dos profissionais ao serem questionados sobre a diferenciação de dado, informação e conhecimento, ou não fizeram distinção, ou disseram ser termos muito

parecidos e com significados semelhantes, ou que são complementares. Mas fica nítido a dificuldade de diferenciação.

*“Dado informação e conhecimento? Acho que tem o mesmo significado. Acaba tudo sendo... gerando uma mesma coisa.” (ACS – NSF B)*

*“Eu acho que não é a mesma coisa não. Eu acho que só dado não trás conhecimento.” (AE – NSF E).*

*“Pra mim está interligada. Uma coisa vai dependendo da outra. Acho que não dá pra você ter um dado e não ter lugar pra armazenar.” (ENF – NSF D)*

Ao avaliar o sistema os profissionais o colocam como ele traz benefícios para unidade, mesmo não sendo utilizado na sua integralidade. É um sistema com potencialidades e que facilita conseguir determinados dados de forma rápida. Eles também confiam na qualidade dos dados do SIAB, visto que a coleta é feita pelos próprios profissionais da unidade.

Já outros tem a visão mais crítica e acredita que o SIAB deixa muito a desejar.

*“Traz beneficio sim, porque tudo esta ali. Se você precisa de algum dado, só você ir até o computador que já ta nele. Imagine se você tivesse olhar pasta por pasta. (risos). Eu to com 208 e famílias e se eu quiser saber da minha família ai eu vou lá e algum detalhe mais ai tem que pegar as pastas.” (ACS – NSF A)*

*“Acho que o sistema é bom, tem algumas modificações, mas no geral é bom, ajuda bastante... ele tem todas as informações que precisa. É só entrar rapidinho que consegue. A gente quase não tem problema aqui. [que a gente não consegue resolver. A gente quase não tem problemas porque é bem tranquilo. Pra entrar, pra sair, se precisar tirar de imprimir ele imprime também.” (AE – NSF A)*

*“Pra nos aqui eu acho que o SIAB é um instrumento muito valido de avaliação do nosso trabalho no nível local. Nosso trabalho neste lugar. É... eu acho que ele serve muito pra isto. Eu acho que ele me ajuda muito com a supervisão dos agentes comunitários, a gente... na oportunidade, quando a gente tem, quando a gente senta pra fechar o SIAB, é uma oportunidade que a gente tem pra conversar a respeito de diferença, de qualidade e quantidade, como é que a gente esta olhando, como é que a gente esta trabalhando com as pessoas da nossa area de abrangência, que tipo de cobertura a gente esta dando, que grupos nós estamos priorizando, então esta coisa são importantes pra gente ver... eu tenho o SIAB como um instrumento pra realizar isto.” (ENF – NSF E)*

*“Olha. O SIAB é o problema, porque se.. .a gente tem uma coisa que pega muito com a gente. Quando a gente quer trabalhar várias coisas...*

*mudanças de estilos de vida, estas coisas.. então a gente precisa de um tempo maior.”(ENF – NSF D)*

*“Eu acho que as unidades ficam muito a desejar em termos de conseguir e de tentar utilizar a informação. A informação ela não é usada no cotidiano. Isso torna muito falho, e eu acho que isso chega a descaracterizar o que poderia vir a ser a pratica ideal do PSF. Acho que chega a este o ponto. Porque a gente deixa de fazer por exemplo, planejamento local, avaliação, uma serie de coisas. Embora a gente tenha o SIAB e o SIAB tenha as suas limitações, poderia ser utilizado e é desvalorizado. Falta capacitação. Eu acho que falta vontade. Porque capacitação é uma questão de vontade também de valorização. De um modo geral é isto.” (MED – NSF E)*

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a transferência da responsabilidade do controle e prestação de diversos serviços, inclusive a saúde, para os municípios através da Constituição de 1988, gestores se viram diante de uma situação para a qual não estavam preparados. Diante de tal realidade, no decorrer dos últimos anos, firmou-se entre os profissionais que trabalham com atenção básica em saúde pública a necessidade de espacializar toda uma gama de informações que vem sendo coletada de maneira sistemática sobre as condições médicas e sanitárias através dos programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e de Saúde da Família – PSF. (ARAÚJO, 2004)

Estes dois programas contam, inclusive, com um sistema próprio desenvolvido pelo DATASUS para a coleta desses dados, chamado SIAB.

Na área da saúde encontramos um intenso debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor, além das formas e fontes de produção destas informações.

Ao analisar as falas de cada profissional, o seu cotidiano e as suas dúvidas e características de trabalho podemos chegar as seguintes conclusões.

Os profissionais, em sua maioria, têm interesse e sabem que o fato de terem um sistema de informação em saúde informatizado na unidade pode trazer benefícios e resultados imediatos de seu trabalho e da caracterização da unidade e da sua população.

Mas apesar disto ainda existe uma subutilização dos SIS, muitas vezes devido a um não incentivo, a falta de tempo, a falta de um treinamento para o profissional tenha segurança e saiba das potencialidades deste instrumento que tem em mãos. Fica difícil de se querer melhor a utilização de um instrumento se não se sabe quais são todos os seus potenciais, visto que o que é exigido são relatórios específicos e o treinamento é realizado pelos próprios profissionais da equipe, sem um respaldo técnico específico e atuante no sentido de dúvidas

dos profissionais. O desenvolvimento adequado de um SIS, assim como sua melhor utilização só é feita a a partir do momento que se dá subsídios para os profissionais que o manipulam. Assim, o investimento deve partir para o conhecimento profissional, visto que assim estará apto a extrair e analisar seus relatórios, e detectar mais habilmente problemas e falhas.

O sistema tem limitações, falhas, apresenta algumas informações desnecessárias para a realidade apresentada, mas ainda é fundamental para a avaliação da Atenção Básica.

Os profissionais acabam, muitas vezes, adotando uma postura defensiva sobre aquilo que não tem como rotineiro, ou não julgam necessário para sua atuação enquanto profissional de Atenção a Saúde. Este tipo de atenção, ainda, permanece muito centrado na assistência e não nos dados produzidos por esta. A tendência é trabalhar sobre aquilo que julgam necessários através de uma escala de prioridades, na qual, o SIAB, que neste estudo e em outros também, é adotado como principal SIS da AB, não está entre os temas principais.

Viu-se que isto acontece principalmente por o SIAB ser um SIS pouco maleável, gessado, e assim, não contemplar todas as necessidades da unidade e nem ter a capacidade de produzir relatórios específicos que seriam necessários. Outro motivo foi que, apesar do sistema apresentar falhas, deficiências e não ser o mais adequado para a situação local, ele é o instrumento disponibilizado e que é obrigatório seu preenchimento, assim, ele acaba sendo visto somente como mais um trabalho burocrático e uma prestação de serviço e não como ferramenta de trabalho. Ele fica como uma base de dados utilizada pelo Ministério para monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas na unidade e que a não alimentação deste sistema por um período determinado (2 meses consecutivos ou 3 meses alternados durante o ano) implicará na suspensão do cadastramento do programa. O que não deixa de ser verdade. Mas apesar da sua subutilização no planejamento e norteamto de ações, os profissionais têm clara a sua importância, por mais falho que venha a ser. Ele dá uma visão da realidade local e em tempo real.

SIAB é um sistema que pode ser considerado inovador, uma vez que opera de forma diferenciada, com dados que em geral. Representa avanços no que se refere ao processo de consolidação dos dados, permitindo diferentes níveis de agregação das informações no nível municipal. Sua metodologia de coleta com uma busca ativa da informação através do trabalho diário da equipe garante uma boa sensibilidade dos seus indicadores.

Na realização desse estudo, observou-se que a equipe utiliza basicamente as fichas provenientes do próprio SIAB para a coleta de dados. Compete, basicamente, a enfermeira da unidade o fechamento mensal e avaliação dos dados contidos para envio aos órgãos competentes. Os ACS ficam responsáveis pela entrada dos dados no sistema a partir das VD que realizam mensalmente. Estas alterações são feitas com frequência, dependendo das alterações encontradas. Estes dados são coletados, processados, mas não avaliados, ou seja, não deixam de ser dados, não torna-se informações importantes poderiam auxiliar no adequado andamento da unidade.

Existe uma necessidade de intensificar o processo de capacitação das equipes para a operação do SIAB (quanto a coleta, registros e análise dos dados), bem como estruturar grupos para uma análise e discussão sistemática das informações disponibilizadas pelo sistema. Assim os profissionais estariam qualificados para não só coletar e processar os dados, mas também analisá-los de forma crítica. E assim tê-lo como real instrumento no auxílio a avaliação e planejamento de ações locais. Além disto uma equipe de suporte técnico que auxiliasse quando necessário e também participasse das discussões. Assim, estes profissionais estariam aptos a lidarem com o SIAB, não ficando restrito somente a algumas categorias profissionais.

Qualquer evolução para o aperfeiçoamento do SIAB, não se dará apenas em consequência da evolução tecnológica, mas fundamentalmente pela intensificação, frequência e finalidade do uso que lhe é atribuído. É importante que os profissionais da equipe tenham



isto claro para adotar a análise e a utilização dessas informações, no sentido de identificar os principais problemas de saúde da população e desenvolver as ações necessárias, rompendo com a lógica centralizadora que reserva a quem opera os serviços, o papel de mero coletador e repassador de dados.

A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

As novas tecnologias criaram *novos espaços do conhecimento*. É um espaço potencializado pelas novas tecnologias, inovando constantemente nas metodologias. Esses espaços têm tudo para permitir maior democratização da informação e do conhecimento, portanto, menos distorção. A tecnologia não basta. É preciso a participação mais intensa e organizada das pessoas envolvidas neste processo. O acesso à informação não é apenas um direito. O *conhecimento* é o grande capital da humanidade.

Os Sistemas de Informação em Saúde, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. (MEDEIROS, 2005).

Esses SIS têm merecido atenção na produção científica. Vale destacar que, nos estudos disponíveis, são identificadas algumas limitações dos sis como, por exemplo, o seu nível de desagregação e a falta de unicidade ou intercomunicação entre os sistemas já que, no Brasil, eles são de responsabilidade de distintas agências nacionais e de diversos setores do próprio Ministério da Saúde. Estas limitações necessitam ser superadas.

**REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

---

## **R**EFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>15</sup>

ALMEIDA, MCP, MISHIMA, SM. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família:** construindo “novas autonomias” no trabalho. Debates, Interface, pg150-156, agosto 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: edições 70, 1977. 229 p.

BARROS, R.S.M.; FERREIRA, S.M.G.; HEXSEL R.A. **Desenvolvimento de Solução Única de Software para o Sistema Cartão Nacional de Saúde.** *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*, Setembro 2002.

BRANCO, M.A.F. **Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão**, in: Brasil. Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. pg 163-169.

BRANCO, M.A.F. Sistemas de Informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n2, p267-270, abril-junho, 1996.

BRANCO, M.A.F., 1995. **Informação em saúde em âmbito local e organização de interesses sociais: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro.** (Luiz Antônio de Castro Santos, orientador). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 129p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA. **Proposta de Plano Setorial de Informática em Saúde:** Relatório da Comissão Especial de Informática em Saúde. Brasília: Secretaria Especial de Informática. 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Investimentos em Ações de Ciência e Tecnologia no Ministério da Saúde - 2001.** Brasília, Janeiro 2004

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**, Brasília, 523p., 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde Conferência Sergio Arouca. RELATÓRIO PRELIMINAR.** Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** 1ª. Ed., 2ª. Reimpr. Brasília, 2003. 72p.

---

<sup>15</sup> As referências Bibliográficas estão padronizadas conforme as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso de 2004 – Universidade de São Paulo.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário de comunicação, informação e informática em saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 88 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. **Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informação**. Brasília, 2004. 94 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. **Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informação** / – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**, 1998. capítulo 3 . Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP**; UnB. 2 ed. Brasília, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Orgânica da Saúde nº 8080. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde: Oito Anos de Gestão 1994 a 2002**. Brasília, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica SUS nº 1/1991. Brasília, 1991.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**. Renilson Rehem de Souza Secretário de Assistência à Saúde Ministério da Saúde – Brasil. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde** (Manual). Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde dentro de casa: programa saúde da família**. Brasília: MS, 1994.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Planos**

**Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações** – Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **CADERNO DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - PNAAS - EDIÇÃO 2004/2005**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático para seleção de consultores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 32 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados**. elaborado por Sarah Scorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos Coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final** . Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de **Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 220p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA ÁREA DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE. **A construção da Política de Informação e Informática em Saúde do SUS, Versão 1.1**. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta Versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde)** . Brasília, 2004

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 36p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. 44p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado. Brasília, 2000. 32p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **SUS Sistema Único de Saúde: a saúde no Brasil indicando resultados 1994-2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 88 p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Área de Informação e Informática do SUS. **Oficina de Trabalho Informações em Saúde para o Controle Social**, Brasília, 29 e 30 de maio de 2003: relatório final / – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 76 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Critérios para análise de investimentos em saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Participativa. **Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão Participativa.** – Versão Preliminar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família** 2. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, P.M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. V.2, n.2 (supl), p.5-42, 1993.

CACCIA-BRAVA, M. C. G. G. (coord.) Relatório do convenio Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto, SP, 2004. momio.

CARVALHO, A. O., EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 2002. 103p. (Série Saúde & Cidadania para gestores municipais de serviços de saúde, 6)

CARVALHO, D.M. , “**Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual**”, Informe Epidemiológico do SUS, 1997 v. 5, n. 4, p. 7-46.

CICONI, R.C.V, VERANCIO, S.I., ESCUDER, M. M. L. **Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 4(2): 193-2002, abr. /jun., 2004.

**Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal** / Luiza S. Heimann... [et al]. – São Paulo : Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos São Paulo, 2000

FERREIRA, S.M.G. **Sistema de Informação em Saúde**, in: Brasil. Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. pg 171191.

FORSTER, A.C., FERREIRA, J.B.B. **A epidemiologia na administração dos serviços de Saúde**. In FRANCO, L. J., PASSOS, A. D. C. (Coord.). Fundamentos de Epidemiologia. 1. ed. Barueri: Manole, 2005. 299-318p.

FRANCO, L. J. **Epidemiologia Descritiva**. In FRANCO, L. J., PASSOS, A. D. C. (Coord.). Fundamentos de Epidemiologia. 1. ed. Barueri: Manole, 2005. 179-192p.

- FREITAS,H., KLADIS, C.M. **O processo decisório: modelos e dificuldades.** Rio de Janeiro. Revista Decidir, ano II, n. 08, março 1995, p. 30-34
- GUIMARÃES, E. M. P., ÉVORA, Y. D. M. Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, p. 72-80, jan./abril 2004.
- MANÇO, A.R.X., SANTOS, J.L.F. **Fontes dos Dados Epidemiológicos.** In FRANCO, L. J., PASSOS, A. D. C. (Coord.). Fundamentos de Epidemiologia. 1. ed. Barueri: Manole, 2005. 59-81.
- MEDEIROS, KR, MACHADO, HOP, ALBUQUERQUE, PC, GURGEL JUNIOR, GD. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Apr./June 2005, vol. 10, nº. 2, p. 433-440.
- MEDINA, M. G. & AQUINO, R., 2002. **Avaliando o Programa de Saúde da Família.** In: Os sinais vermelhos do PSF (M. F. Sousa., org.), pp.135-151, São Paulo: Hucitec.
- MENDES EV 1993. **O processo social de distritalização da Saúde.** In: Mendes, EV (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*, São Paulo, HUCITC-ABRASCO, p.93-158.
- MENDES, A.C.G. et al. Avaliação do sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS.** V.9, n.2, p.67-86, 2000.
- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. ed. São Paulo, Hucitec, 1996. 269p.
- MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família.** 2003. 153p. Tese Livre-Docência (Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- MISHIMA, S.M.; OLIVEIRA, T.H.de; PINTO, I.C. O trabalho do enfermeiro na organização dos serviços de saúde e sua inserção no Departamento de Informática da SMS-RP. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 13-20, outubro 1999.
- MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: Para Andarilhos e Argonautas de uma Tecnicocracia Emancipadora.** 1998. 274f. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.
- MORAES, I. H.S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec e Abrasco, 1994. 172p.
- MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde: manual.** Rio de Janeiro: FGV, 2001. 144p.
- NICHIATA LYI, FRANCOLLI LA. **O Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: a**

**especificidade do enfermeiro.** In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, organizador. Manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p. 29-33.

OLIVEIRA, D.P.R. **Sistemas de Informações Gerenciais.** São Paulo: Atlas, 1992.

PAIM, JS 1993. **A reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários.** In: Mendes, EV (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*, São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, p.187-220.

PEREIRA, M. J. B., et all. Grupo focal experiência na coleta de dados do projeto CIPESC – Brasil. **Revista Panamericana de Enfermería**, Brasília (DF) 2004 ene/jun;2(1).

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

RIBEIRO MAS, LOPES MHBM. **Mensuração de atitudes de enfermeiros e médicos sobre o uso de computadores na era da internet.** Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):228-34.

ROTTA, L. A. **O Conhecimento sobre Tecnologias de Informação dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família em Sobral – CE.** Monografia apresentada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família. Sobral – CE 2004

RUFFINO NETTO, A. **Qualidade dos dados na informação médica.** Rev. Saúde Pública, Apr. 1984, vol.18, no.2, p.69-70.

SANTANA J. P. ( org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família.** colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON- Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. — Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000.

SCATENA, J H G., TANAKA, O.Y. (2001), **“Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na Análise da Descentralização da Saúde em Mato Grosso”**, Informe Epidemiológico do SUS, v. 10, n. 1, p. 19-30.

SCHENATTO, F. J. A. **Modelo dinâmico de gestão da inovação tecnológica: uma abordagem contextualizada ao ciclo de vida da organização.** 2003. 89p. Dissertação de Mestrado. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Engenharia de Produção Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

SENNA, M. C. M., 2002. **Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** *Cadernos de Saúde Pública* , 18(Suplemento):203-211.

SILVA, A. S. **Análise crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo.** 2003. 109p. Dissertação (Mestrado Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.



TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C. S., 1998; **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2):429-435.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso.** São Paulo: SIBi-USP, 2004. 110p.

VALENTIM, M L P **Inteligência Competitiva em Organizações: dado, informação e conhecimento** *DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação* - v.3 n.4 ago/02

# APÊNDICE

## APÊNDICE A



Universidade de São Paulo  
Campus de Ribeirão Preto

# Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586  
14049-900 - RIBEIRÃO PRETO - Est. São Paulo

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa: **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DIRETAMENTE ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE RIBEIRÃO PRETO/SP.**

Você foi selecionado uma vez que atua com pelo menos um Sistema de Informação em Saúde num dos 5 Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto e ter um vínculo direto com o processamento e/ou análise dos dados provenientes destes sistemas, que são o foco principal desta pesquisa. O objetivo principal é analisar a sua percepção destes Sistemas de Informação em Saúde e a sua avaliação quanto a importância dos mesmos, sendo que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é de fundamental importância. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista aplicada pela própria pesquisadora sobre o Sistema de Informação em Saúde que você é responsável e as detecções que você conseguir delimitar nestes sistemas e na sua manipulação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são importantíssimos para o delineamento das dificuldades, necessidades e falhas relacionadas aos Sistemas de Informação em Saúde e conseqüentemente a melhoria destes SIS.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

---

Débora Cristina Modesto Barbosa  
Mestranda em Ciências Médicas  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

## APÊNDICE B



Universidade de São Paulo  
Campus de Ribeirão Preto

# Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586  
14049-900 - RIBEIRÃO PRETO - Est. São Paulo

### ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

1. Comente sobre a sua atuação profissional neste Núcleo de Saúde da Família (NSF).
2. O que você entende por dado, informação e conhecimento? Existe diferença? Explique e exemplifique.
3. Quais são os Sistemas de Informação em Saúde utilizados nesta unidade e o qual seria a definição dele na sua visão?
4. Foi realizado algum treinamento para manipular estes SIS? Quando?
5. Você conhece o fluxo das informações geradas por estes SIS? Explique.
6. No seu ponto de vista, qual a contribuição para a melhoria da qualidade das informações obtidas através dos SIS?
7. O seu ambiente de trabalho favorece ou dificulta a qualidade dos dados dos sis?
8. Você considera o SIS confiável e de qualidade?
9. Qual a importância que você vê na adoção destes sistemas que estão em uso nesta unidade?
10. Existe alguma padronização para discussão dos resultados com a equipe?
11. Fale sobre suas dificuldades e facilidades na manipulação dos SIS.
12. Existem necessidades ou falhas provindas destes SIS?
13. Faça uma avaliação geral dos SIS.

## APÊNDICE C

**ANEXOS**