



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NAYARA VALERIA DA SILVA ROSENDO

**A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS E
INFORMAÇÃO**

CAJAZEIRAS-PB
2013

NAYARA VALERIA DA SILVA ROSENDO

**A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS E
INFORMAÇÃO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Unidade Acadêmica de enfermagem – UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^ª. MS. Maria Soraya Pereira Franco.

CAJAZEIRAS-PB

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

R813u Rosendo, Nayara Valeria da Silva
A Utilização do sistema de informação da
atenção básica no processo de produção de dados e
informação. /Nayara Valeria da Silva Rosendo.
Cajazeiras, 2013.
69f. : il.

Orientadora: Maria Soraya Pereira Franco
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. Saúde da Família. 2. Sistema de Informação. 3.
Saúde Coletiva. 4. Atenção Básica a Saúde. I.
Franco, Maria Soraya. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 614

NAYARA VALÉRIA DA SILVA ROSENDO

**A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÃO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Unidade Acadêmica de enfermagem – UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em:13/05/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. MS. Maria Soraya Pereira Franco
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – CFP – UFCG

Profa. MS. Milena Silva Costa
UAENF- CFP - UFCG

Profa. MS. Rosimary Cruz de Oliveira Dantas

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Francisca e Francinaldo, e a minha filha,
Maria Yasmin!*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida! Por sempre me iluminar e confortar nos momentos mais difíceis. Por estar guiando meus passos, mostrando o melhor caminho. Por me proteger e ter me dado oportunidade de conquistar os meus sonhos!

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

A minha amada filha, **Maria Yasmin** por ser a principal protagonista da minha vida!

“Os filhos são para as mães as âncoras da sua vida.” (Sófocles)

Aos meus pais, **Francisca e Francinaldo**, pelo amor, carinho, compreensão, educação e incentivo por sempre apoiar/motivar meus sonhos e objetivos. Por existirem e sempre está ao meu lado me apoiando e confortando!

Ao meu amado irmão, **Eduardo Bruno**, que se faz presente todos os dias no meu coração! E que torce todos os dias pelo meu sucesso.

Ao meu querido esposo, **Armando**, pelo carinho, paciência, conforto, e companheirismo neste momento da minha vida.

A minha querida Professora, **Maria Soraya Pereira Franco**, meu sincero agradecimento pela confiança depositada, paciência, incentivo e compreensão e por todos os seus valiosos ensinamentos.

A toda **minha família**, em nome da princesa Ana Lyvia, pela energia positiva.

A todos os **professores** da Unidade Acadêmica de Enfermagem, todos, sem exceção, pelos ensinamentos repassados! Todos vocês trouxeram algo de novo que levarei com ensinamento por toda minha vida.

A professora **Aissa, Kênnia, Berenice, Roberta**, que além de professoras, foram amigas! Vocês são professoras brilhantes! Obrigada por tudo.

Ao **Centro de Formação de Professores**, em especial a todos os funcionários. Obrigada por sempre cooperarem com o aprendizado.

A todos os meus **colegas e amigos de sala**, com quem dividi os melhores momentos acadêmicos... Momentos de felicidade e tristeza! Em especial á Cristina, Paulinha,

Mara, Mikaelly e Grady pela amizade construída e as emoções, anseios e medos vividos! Levarei um pedacinho de vocês comigo para sempre!

*A **Secretaria Municipal de Saúde de São João do Rio do Peixe**, pela autorização da construção desse trabalho. A todos os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa, pois do contrário, não existiria a construção desse saber!*

*A **todos os pacientes**, que de for discreta, nos trouxe ensinamentos profissional ou pessoal, que levarei como lição de vida!*

*A todos os **profissionais** do Hospital Regional de Cajazeiras e Hospital Infantil Julio Bandeira pela receptividade no decorrer do Estágio Supervisionado II, compartilhando ensinamentos e saberes, tendo paciência com a nossa falta de experiência.*

*A **Enfa Sandra Nóbrega**, que além de preceptora direta de estágio supervisionado, tornou-se uma amiga! Obrigada por tantos ensinamentos... Você é uma luz de Deus! Cada momento na ESF foi uma grande experiência.*

*A todos os membros da **Banca Examinadora**, Rosimary Cruz, Milena Silva e Soraya Franco, que aceitaram prontamente o convite para apreciarem o meu trabalho, onde as sugestões e orientações contribuirão para o meu aprimoramento tanto pessoal, quanto profissional.*

A todos aquele que colaboraram direta e indiretamente para a minha pesquisa.

"... Importante, em verdade, é o homem que está na arena, com a face coberta de poeira, suor e sangue; que luta com bravura, erra e, seguidamente, tenta atingir o alvo. É aquele que, no sucesso, melhor conhece o triunfo final dos grandes feitos e que, se fracassa, pelo menos falha com ousadia, de modo que o seu lugar jamais será entre as almas tímidas, que não conhecem nem a vitória, nem a derrota..." (Theodore Roosevelt)

ROSENDO, N.V.S. **A utilização do SIAB no processo de produção de dados e informação.** 2013. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

RESUMO

A informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e, conseqüentemente, a execução de ações de forma que condicionem a realidade. Dessa forma tem-se o Sistema de Informação da Atenção Básica como um dos representantes dos Sistemas de Informação de abrangência nacional, que foi desenvolvido visando o monitoramento e avaliação das ações e serviços realizados na Estratégia de Saúde da Família. Apesar de todo o progresso observado no período, e do funcionamento relativamente bem-organizado do sistema de coleta de dados e disseminação de informação de tipo administrativo, de estatísticas vitais, e de vigilância epidemiológica, o país ainda não dispõe de um sistema nacional de informações estruturado no sentido de um sistema articulado, com bases de dados que se comuniquem e com responsabilidades definidas quanto à coleta, análise e disseminação das informações. O presente estudo tem a finalidade de despertar discussões a respeito do SIAB. Tomamos como objetivo analisar a utilização desse Sistema no processo de produção de dados e informação no alto sertão; identificar os fatores que interferem no processo de produção de dados e informações do Sistema; e estudar o seu processo de produção de dados e informações geradas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde da família, das unidades pesquisadas, de forma a contribuir com o projeto de planejamento, avaliação e tomada de decisão na atenção a saúde. O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório, baseando-se em dados quantitativos, com análise estatística e procedimento comparativo e descritivo; a técnica usada foi a observação direta extensiva. O trabalho foi realizado em seis Unidades de Saúde da Família do município de São João do Rio do Peixe (PB), três na zona urbana e três na rural. Participaram do estudo 20 profissionais de saúde, incluindo dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É de suma importância que haja uma capacitação com os profissionais das ESF's, visto que, o esclarecimento sobre esse sistema de informação vem sendo insatisfatório. Os profissionais de saúde não são leigos por completo, porém precisa de educação permanente, tanto para aqueles que ainda demonstram dificuldade com o sistema, para se familiarizar-se e conhecer o sistema como um todo, quanto para aqueles que conhecem, para haver uma atualização.

Palavras-Chave: SIAB. Saúde da Família. Atenção básica. Saúde Pública.

ROSENDO, N.V.S. **The use of SIAB in the production process of data and information.** 2013. 69 f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

ABSTRACT

Information should be understood as a reducer of uncertainty, an instrument to detect outbreaks priority, leading to responsible planning and hence the execution of actions in order to constrain the reality. Thus we have the Information System of Primary Care as one of the representatives of the Information Systems nationwide, which was developed to monitoring and evaluation of activities and services performed in the Family Health Strategy. Despite all the progress seen in the period and functioning relatively well-organized system of data collection and dissemination of information of an administrative nature, vital statistics, and epidemiological surveillance, the country still lacks a national information system structured in the sense of an articulated system, with databases that communicate and responsibilities defined as the collection, analysis and dissemination of information. The present study aims to arouse discussions about the SIAB. We aimed to analyze the use of this system in the production of data and information in the hinterland, to identify the factors involved in the production process of data and information system, and to study the process of production of data and information generated by professionals that make up the team of family health units surveyed in order to contribute to the project planning, evaluation and decision making in health care. The present work it is an observational, cross-sectional, descriptive, exploratory, based on data quantiqualitativos with statistical analysis and descriptive and comparative procedure, the technique used was extensive direct observation. The study was conducted in six units of the Family Health of São João do Rio do Peixe (PB), three in urban and three in rural areas. The study included 20 health professionals, including dentists, nurses, nurse technicians and community health workers. It is critical that there be training with the professionals of the FHT's, since the clarification of this information system has been unsatisfactory. Health professionals are not completely lay, but need continuing education, both for those who still demonstrate difficulty with the system, to be familiar with and know the system as a whole, and for those who know to be an update .

Keywords: SIAB. Family Health. Care Basic. Public health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Discriminação das variáveis do SIAB na pesquisa.....	42
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra estudada segundo idade, gênero, cor/raça e estado civil.....	37
Tabela 2: Perfil dos profissionais que atuam na ESF São João do Rio do Peixe- PB.....	39

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Grau de escolaridade dos profissionais envolvidos.....	38
Gráfico 2: Participação do trabalhador em curso introdutório para atuar na ESF.....	41

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria de Qualidade
APS	Atenção Primária a Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SI	Sistema de Informação
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISVAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMARIA.....	18
2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF.....	20
2.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS).....	23
2.4 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB).....	25
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	30
3.2 AMOSTRA DO ESTUDO.....	30
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	31
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
3.6 COLETA DE DADOS.....	33
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
3.8 POSICIONAMENTO ETICO DA PESQUISA.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 PERFIL DO GRUPO ESTUDADO.....	36
4.1.1 Aspectos Sócio-demográficos.....	37
4.2 SIAB: UTILIZAÇÃO NO PROCESSO DE DADOS E INFORMAÇÃO.....	41
4.3 NARRATIVAS.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
6 REFERENCIAS.....	52
APÊNDICE.....	60
APENDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA.....	63
APENDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	64
APENDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65
ANEXO.....	67
ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	68
ANEXO B - TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA.....	69

1 INTRODUÇÃO

A informação vem assumindo um espaço considerável na sociedade moderna. Mudanças e alterações são introduzidas no nosso cotidiano, através de inovações tecnológicas e metodológicas que retratam diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida (BARBOSA, 2006).

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde não pode ser diferente, a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para detectar os focos prioritários, levando a um planejamento responsável e uma execução de ações de que condiz a realidade do território adscrito. (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010)

Para Mendes (1996) a ESF faz parte das propostas inovadoras que buscam a formulação de novas práticas de saúde, constituindo num novo paradigma da produção social da saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações as famílias e a comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa, enfatizando a promoção e prevenção, não se descuidando do aspecto curativo e reabilitador, com eficácia e eficiência, privilegiando a intersetorialidade.

Verifica-se que a ESF vem se destacando cada vez mais e se reafirmando como uma estratégia viável para a reorganização e mudança do modelo assistencial básico a saúde vigente atualmente no país (RIGOBELLO, 2006, p.27).

Dessa forma, a ESF passa então a ser a porta de entrada do SUS e seguindo seus princípios de descentralização, equidade, integralidade e participação da comunidade. Sendo assim, a equipe de saúde da família passa a promover ações e agir de acordo com a realidade da sua área ou microáreas, tendo que suprir as necessidades da comunidade.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) surgiu como um dos representantes dos Sistemas de Informação de abrangência nacional, visando o monitoramento e avaliação das ações e serviços realizados no Programa de Saúde da Família, que foi constituído na portaria nº 648/96. (BRASIL, 2006).

O SIAB foi elaborado como uma ferramenta para gestão de sistemas locais de saúde. É um sistema de informação que coleta dados e produz indicadores populacionais referentes à situação saúde-doença de um determinado território.

Todavia, é necessário investigar se há o uso correto das fichas, se há alguma

dificuldade encontrada para preenchê-las e se os dados coletados pela ESF estão sendo utilizados com alguma finalidade nas unidades de saúde.

Diante da realidade do nosso serviço de Estratégia Saúde da Família pode-se questionar o verdadeiro efeito do SIAB, no que diz respeito à atuação dos profissionais de saúde que as utilizam para o seu processo de trabalho, tendo em vista que o mesmo pode ser considerado ferramenta de gestão.

Porém, apesar de todo o progresso observado no período, e do funcionamento relativamente bem-organizado do sistema de coleta de dados e disseminação de informação de tipo administrativo, de estatísticas vitais, e de vigilância epidemiológica, o país ainda não dispõe de um sistema nacional de informações estruturado no sentido de um sistema articulado, com bases de dados que se comuniquem e com responsabilidades definidas quanto à coleta, análise e disseminação das informações (VIACAVA; DACHS; TRAVASSOS, 2013, p.864).

Então o SIAB surge como um importante sistema para auxiliar no planejamento e no processo de tomada de decisões especificamente na atenção básica em saúde. Os objetivos deste sistema são assim definidos: descrever a realidade socioeconômica da população; avaliar os serviços e ações de saúde e monitorar a situação de saúde nas áreas de abrangência.

Lacunas dos profissionais de saúde, no que diz respeito à capacitação para o trabalho com o sistema de informação ainda são evidentes, considerando que este sistema tem sido utilizado para ampliar o olhar vigilante de várias instâncias gestoras, mas por outro, tem sido utilizado como um instrumento de negação da realidade da população, bem como um dispositivo tecnológico mantenedor de interesses políticos e econômicos para alguns.

Diante do exposto, espera-se proporcionar avanços na compreensão dos motivos que possam levar à manutenção nas fragilidades, destas localidades, com intuito de apontar suas falhas e posterior adequação e aplicação do mesmo, para mudar e potencializar as ações de saúde.

Mediante o exposto emergiram os seguintes questionamentos: O que os profissionais entendem sobre o SIAB? Qual a opinião destes profissionais sobre esse sistema? Os dados desse sistema são utilizados para diagnóstico/planejamento de ação na ESF? As informações são divulgadas/discutidas entre a equipe e /ou com a comunidade/usuários?

Tendo em vista que o presente estudo tenha a finalidade de nortear discussões a respeito do SIAB, tomamos como objetivos: analisar a utilização do SIAB no processo de produção de dados e informação; verificar se há alguma fragilidade no preenchimento das fichas por parte da equipe; e estudar o seu processo de produção de dados e informações geradas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde da família, das unidades pesquisadas, de forma a contribuir com o projeto de planejamento, avaliação e tomada de decisão na atenção a saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA

A concepção de Atenção Primária à Saúde surgiu no Reino Unido em 1920, no relatório Dawson (*Lord Dawson off Penn*, 1920). Pode-se considerar que a Atenção Primária à Saúde é:

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

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil trouxe como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção. Inicialmente, na primeira década da implantação, a Atenção Primária à Saúde, designada nacionalmente de Atenção Básica, foi considerada como caminho para alcançar a universalidade das ações no território nacional. No entanto permaneceu-se como um conjunto de ações limitadas, muitas vezes focadas no controle de doenças mais prevalentes e, durante algum tempo, os debates sobre as práticas de saúde, na pauta das políticas, deram lugar àqueles voltados à gestão e ao financiamento (TEIXEIRA, 2006, p. 236).

Passado mais de 30 anos da Declaração de Alma-Ata, o Relatório Mundial de Saúde divulgado em 2008, reacende a importância da APS enquanto estratégia para impulsionar as reformas do sistema de saúde nos diferentes países do mundo. Ao mesmo tempo em que se denuncia a ênfase em cuidados especializados, a fragmentação e a comercialização da assistência como tendências que comprometem a resposta dos sistemas de saúde, é apresentada uma defesa explícita dos sistemas universalizados. Além disso, são identificados eixos em torno do qual é possível tornar a APS mais

efetiva, eficiente e equitativa e reafirmada à necessidade considerar a saúde em todas as políticas sociais e econômicas (MATUDA, 2012, p.3).

Para Giovanella e Mendonça (2008) APS é considerada como um conjunto integrado de ações básicas, de fora que seja vinculado a um sistema de promoção, prevenção e assistência a saúde. Sendo assim a atenção primaria vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.

O modelo atual de organização do SUS definiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia desenhada para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, e prover atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada. À Atenção Primária à Saúde (APS) foi atribuído o papel de centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção (BRASIL, 2010).

Na saúde coletiva o elo de comunicação entre as pessoas e o sistema de saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS). O qual ocorre pelo próprio fortalecimento da ESF no Brasil mostrando-se como uma potência para a mudança paradigmática de modelo de atenção em saúde que está transformando a realidade do acesso à mesma. Com finalidade de dialogar com esta estratégia, concordamos com Mendes (2002) que destaca o grande avanço do SUS e a relação com a idéia de que a ESF vem substituir um sistema piramidal hierárquico por um sistema de saúde onde haja uma integração horizontal de todos os seus serviços. E neste processo, poder existir um grau de institucionalização que ocupe espaços políticos, educacionais, espaços de representação populacional e do próprio serviço de saúde. Assim, o espaço de representação populacional, vem estabelecer o valor da ESF, fazendo com que a população adscrita busque e adote medidas preventivas, de tratamento, de promoção e de recuperação da saúde, reconhecendo-se como sujeito de sua saúde (BULGARELLI et. al., 2012, p.2054).

Para a implementação do Sistema Único de Saúde, como proposta de reorganização de atenção primaria á saúde, surgiram várias propostas de substituição do modelo tradicional hegemônico: Medicina geral e comunitária, Ação programática em Saúde, Medico de Família, Defesa da Vida (RIGOBELLO, 2006) e, por fim, a

Estratégia de Saúde da Família que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde; e esta é caracterizada por atuar em ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2013).

2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como um programa especial e um modelo alternativo de assistência, com o propósito de colaborar na organização do SUS e na municipalização da saúde. Apesar das experiências de APS construídas em vários momentos do curso da política de saúde no país, seja na implantação dos programas de extensão de cobertura e dos programas de integração docente-assistencial, seja com o desenvolvimento de inovações no âmbito local que tensionavam as características predominantes no modelo da atenção e a própria organização dos serviços de saúde; é com o PSF que a atenção básica começa a ser inserida na agenda de prioridades do governo brasileiro buscando a reestruturação do modelo de atenção à saúde. De uma fase inicial, onde se propunha priorizar apenas às áreas de maior risco social, o programa se expandiu para afirmar-se como uma estratégia articulada aos princípios da reforma e comprometido com a garantia da universalidade e integralidade da atenção (MATUDA, 2012, p.4).

A saúde da família, enquanto uma estratégia de reorientação do modelo assistencial segue os princípios e as diretrizes da APS em sua versão mais abrangente (CUETO, 2004), propondo mudanças nas práticas de atenção à saúde a partir da perspectiva da vigilância da saúde. O processo de trabalho deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar para assim abranger conhecimentos sobre o processo saúde-doença, por meio dos instrumentos oferecidos para a APS e do planejamento de ações a partir das necessidades do território. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O trabalho é uma atividade estruturante do ser social, pelo seu valor intrínseco à vida humana e pelo conhecimento que ele proporciona na relação dos seres humanos com a natureza e com os demais. Além de ser atividade vital dos seres humanos, incorpora a relação homem-natureza e a relação dos homens entre si e consigo mesmo,

que se estabelece pela interação social (SOUZA et al., 2012, p. 450). O modo como os seres humanos produzem e reproduzem seus valores, regras de convivência e a vida material, deve ser analisado como um fenômeno social que implica e é implicado por relações sociais, por disputas de interesses, conforme diferentes experiências de vida, inserção de classe e cultura. Neste contexto, ao pensarmos no trabalho em saúde, consideramos que este vai muito além do resgate do corpo para a produção da saúde, compreende elementos objetivos e subjetivos que permeiam todo o processo (SÁ et al., 2009).

O trabalho institucional em saúde é desenvolvido, predominantemente, como um trabalho coletivo. Conforme Pires (2008 *apud* SOUZA,2010, p.450):

É realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. O trabalho dos diferentes profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros), apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, é parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. A não articulação interdisciplinar, em prol do assistir à saúde do usuário, gera fragmentação da assistência, dificultando avanços nesta prática.

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

De acordo com BRASIL (2007), o trabalho da equipe de saúde da família é o elemento chave para a busca permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre todos os integrantes da equipe. Além disso, caracteriza-se por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias oferecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Diversos pontos devem contemplar os objetivos da estratégia da ESF, para tanto é imprescindível a realização de um diagnóstico de saúde local, onde devam

ser levantados todos os problemas enfrentados pela comunidade, suas necessidades, as características peculiares do seu ambiente, os indicadores socioeconômicos, etc. O levantamento das necessidades se dá em conjunto com a comunidade e os administradores, tendo sua importância maior no fato de evidenciar os problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais, proporcionando assim um conhecimento mais próximo da realidade do local, possibilitando além de ações pontuais em microáreas de risco, como as que contemplem a área de atuação como um todo (RIGOBELLO, 2006, p. 30).

Para que a ESF se constitua em proposta alternativa de modelo de atenção, ela precisa ter uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, caso contrário, continuará sendo o PSF em sua conformação inicial, como mais um programa verticalizado. Além disso, suas ações deveriam se caracterizar pela intersetorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular, visando a uma melhoria gradativa nas condições de vida da população. (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2010, p.222)

Apesar de existirem diretrizes para a reorganização dos serviços, ainda permanecem desafios a serem superados, pois este arranjo altera as relações de poder entre profissionais, usuários e gestores. Uma cultura medico-centrada permanece orientando a organização do processo de trabalho das equipes que tendem a operar sob a lógica da produção de procedimentos. Uma mudança efetiva no modelo assistencial requer o desenvolvimento de ações que reorganizem as práticas das equipes em seus processos decisórios no cotidiano de trabalho. Para isso reconhece-se a necessidade de articulação do conhecimento nas equipes de saúde para o aprendizado das dinâmicas relacionais. Consideram necessário avançar o domínio do uso das tecnologias leves, principalmente as de comunicação e interação, pelos profissionais de saúde. Além disso, é mencionada a importância do desenvolvimento de novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, outra micropolítica para este trabalho e nova ética que conduza o trabalho (FRANCO e MERHY, 2007).

Diante do exposto, é importante ressaltar a importância do Sistema de Informação como ferramenta de projeto de metas e ações da equipe multiprofissional do ESF, porém os profissionais ainda não estão preparados para lidar com essa realidade pelo fato de não estar totalmente a par do assunto, e não saber se organizar para trabalhar em cima dos dados que este sistema nos oferece.

2.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS)

É fato que o termo informação vem sendo usado indevidamente atualmente, imprimindo significados vagos e imprecisos, entretanto a informação é um instrumento de suma importância para subsidiar a organização do trabalho, o planejamento, a avaliação e execução de ações e metas já desencadeadas.

Atualmente, os sistemas de informação em saúde têm sido criados com o objetivo de instrumentalizar a gerência e a assistência aos pacientes, pressupondo o suporte ao cuidado de qualidade e a promoção de informações fidedignas que possam fundamentar as decisões dos gestores e do corpo assistencial (CAVALCANTE, 2008). Desta forma, podem assim serem definidos como:

Um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações em saúde. Assim, os sistemas de informação em saúde congregam um conjunto de dados, informações e conhecimentos utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010 p.25).”

O modelo de informação em saúde brasileiro ainda é fundamentado no modelo biomédico hegemônico, no qual se valoriza a doença em detrimento do sujeito. Com esta maneira de entender a informação em saúde historicamente consolidada, onde se valoriza em demasia a manifestação patológica, é possível que o processo decisório em saúde também seja determinado nesta mesma ordem, fragmentada e unidirecional (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011, p. 92).

Os diversos tipos de sistemas de informação podem atuar em vários níveis dentro de uma organização, porém todos trabalham com o mesmo instrumento, que se traduz em uma verdadeira miscelânea de dados, informações, conhecimentos e decisões aplicadas no cotidiano de trabalho dos profissionais. As especificidades destes sistemas, no entanto, não anulam a atuação em outros níveis das instituições, pois se observa cada vez mais a criação de sistemas de informação que possuem a capacidade de informar dentro e fora dos níveis específicos de atuação (CAVALCANTE, 2011, p. 67).

Quando observadas as práticas informacionais em saúde percebe-se a necessidade de evoluções na discussão desta temática. É preciso, portanto, ampliar os saberes acerca da informação em saúde, seus fluxos e processos gerenciais. Ressalta-se a informação como um bem valioso, principalmente em face da complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado que ocorrem nas comunidades, bem como os problemas contemporâneos a serem superados (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011, p. 91).

Nas décadas de 1970 e 1980, o objetivo primordial das instituições foi transformar os dados em informações palpáveis, utilizando-se de sistemas de informação como suporte neste processo, desde a coleta, passando pelo armazenamento, análise e transmissão de informações, que seriam o ponto de partida para as decisões nas instituições (REZENDE, 2003). Segundo Oliveira (2011), esses sistemas tornavam a coleta, o armazenamento e a sistematização de dados possíveis para o suporte no processo decisório das instituições. No entanto, eram aplicados apenas no nível gerencial e definidos, segundo o autor supracitado, como sendo um instrumento tecnológico capaz de proporcionar a sustentação para o planejamento administrativo, visando ao alcance das metas traçadas.

Segundo Barbosa (2006) ao avaliarmos o sistema de informação em saúde obtém 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 complexas de olhares dispersos, multifacetados, construída ao longo da história brasileira.

As informações obtidas a partir dos dados produzidos pelos diferentes sistemas não constituem um fim em si mesmas, mas representam uma maneira de produzir indicadores para subsidiar melhores decisões políticas, de planejamento, administração, monitoramento e avaliação de programas de saúde, bem como para análise e avaliação epidemiológicas (JORGE; LAURENTI; GOLTLIEB, 2010).

Mota (2009) afirma que o retorno dos dados aos profissionais, atualmente, ainda é ineficiente e insuficiente. Este retorno insuficiente de dados gera uma fragilidade dos profissionais em planejar o processo assistencial e tomar decisões sustentadas em informações de qualidade.

É pertinente enfatizar que, as diferenças em tratar o campo de estudo dos sistemas de informação têm proporcionado uma dicotomia onde se verifica a abordagem dos SI como sistema técnico e, de outra forma, como sistema social. Apesar da tradição positivista impregnada nos estudos de SI, as mudanças organizacionais têm provocado a necessidade de repensar a aplicabilidade destes sistemas (CAVALCANTE, 2011, p. 63).

Entretanto, embora o Sistema Nacional de Informações em Saúde não tenha sido pensado e implementado como um sistema integrado, suas bases estão construídas. O trabalho das duas últimas décadas criou uma série de bases de dados que, com os esforços feitos pelo DATASUS, estão hoje disponíveis em nível nacional, com periodicidade certa, com oportunidade e de forma acessível devido à excelente interface de usuário (FERLA et al., 2013).

Isto posto, pode-se afirmar que segundo Figueiredo (2009) o sistema de informação em saúde configura um instrumento do sistema de saúde com a função de facilitar a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, constituindo-se em uma ferramenta para o processo de tomada de decisões, com vista a contribuir para a melhoria da situação de uma população, sendo assim têm o SIAB, de forma que este vem com o intuito de contribuir para a ampliação do modelo assistencial de modo a contemplar ações de caráter coletivo.

2.4 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)

Em 1984, foi criado o primeiro sistema de informação em saúde, que se tratava do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para suplementação de informações para a vigilância epidemiológica. A partir da criação do SIM, vários outros sistemas de abrangência nacional foram desenvolvidos, tais como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dentre outros. Estes sistemas, no decorrer da história, ficaram sob a responsabilidade do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), criado em 1991 com o objetivo de gerenciar todo o processo de disseminação das informações em saúde para as esferas municipal, estadual e federal (BRASIL, 2009).

Para Eiras et al. (2012) o SIAB é um instrumento de gerenciamento do SUS que tem o desígnio de monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde desenvolvidos pela Estratégia de Saúde da Família, cabendo a este função de extrema relevância, que é a produção indicadores que possam ser utilizados em planejamentos e intervenções para a melhoria da qualidade de vida da população e do funcionamento do serviço de saúde. Sendo assim, o SIAB é uma importante ferramenta da Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser de utilizada de forma rotineira pela ESF.

De fato, o SIAB foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas (municipal, estadual e federal) do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações, para agilizar e consolidar os dados coletados pelas equipes de saúde da família. O SIAB, teoricamente, teria o potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores e conseqüentemente auxiliar o processo decisório das equipes e dos gestores (THAINES et al., 2009). Desta forma o SIAB tem sido utilizado com o intuito de instrumentalizar a gestão dos processos relacionados à assistência das comunidades.

No entanto, o SIAB apresenta uma série de problemas que se mantêm desde o seu surgimento e que são muito semelhantes aos problemas existentes nos outros sistemas de informação nacionais. Estes problemas podem ser assim sintetizados: a ineficácia na coleta de dados, bem como na sua interpretação; falhas na atualização do sistema, pois os dados da população são dinâmicos; inúmeros instrumentos de coleta que não contemplam todas as necessidades da população; duplicidade de dados; falta de dados específicos relacionados à prevenção e promoção da saúde; os dados cadastrados e entregues às secretarias municipal e estadual não retornam para as equipes de saúde da família, dentre outros problemas (RADIGONDA et al., 2010).

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada e acompanhada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2003).

O sistema é composto por um “software”, por fichas (A, B, C, D) e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4). A ficha A é a ficha de cadastro familiar que contém dados sócio-econômicos, algumas doenças referidas, tipo de moradia das famílias e seus indivíduos. As fichas B são utilizadas pelos Agentes Comunitários de

Saúde (ACS) para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como: hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. A ficha C possibilita o acompanhamento das condições de saúde e atendimento médico de crianças menores de dois anos. A ficha D é utilizada por toda a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) para o registro das produções, ou seja, as atividades diárias (consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), e ainda a notificação de algumas doenças.

Os relatórios citados constituem o consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro e acompanhamento, são eles: o relatório SSA2 – consolidado dos dados das fichas A, B, C e D; o relatório SSA4 – consolidado dos dados contidos nos relatórios SSA2 de um município; o relatório PMA2 – consolidado das fichas D; o relatório PMA4 – consolidado dos relatórios PMA2 do município; os relatórios A1 ao A4 – consolidado dos dados presentes nas diversas fichas A. Com o intuito de sintetizar os instrumentos de coleta e de consolidação dos dados do SIAB (BRASIL, 2004).

A coleta e consolidação dos dados do SIAB geram um fluxo de informações partindo do domicílio das famílias cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), passando pelos demais profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) até o Ministério da Saúde (MS). O fluxo das informações do SIAB com a descrição das atividades do seu processo vem sendo descrito por alguns autores. Isto tem contribuído para o entendimento da coleta dos dados pelos ACS, bem como o armazenamento e disseminação dos dados (THAINES et al., 2009; MOTA, 2009).

O SIAB até possui potencialidades reconhecidas pelos sujeitos que o utilizam, entretanto a coleta de seus dados bem como o seu fluxo segue uma lógica de centralização das informações nos níveis centrais de governo. Então a práxis informacional hegemônica que delinea a utilização do SIAB tem sido pautada pela necessidade da coleta e envio de dados às instâncias superiores. As análises de seus dados que poderiam gerar informações para o planejamento local não são realizadas de forma sistemática. Alguns estudos demonstram que a subutilização do SIAB para o planejamento local está ligada ao desconhecimento dos instrumentos de coleta; ao processo de trabalho focado no atendimento à demanda espontânea; ao desconhecimento dos profissionais em como utilizar os dados do SIAB para tomar decisões e à necessidade de alimentar o SIAB visando apenas o alcance das metas pré-estabelecidas pelas instâncias gestoras (CAVALCANTE, 2011, p. 84).

Uma dificuldade relacionada ao SIAB refere-se ao fato de que os dados coletados nas equipes de saúde da família, quando enviados ao Ministério da Saúde, não retornam às equipes (PORTUGAL, 2003). Os profissionais da equipe de saúde da família reconhecem a tarefa de alimentar as fichas do SIAB como sendo uma tarefa burocrática que não deve ser privilegiada em detrimento das atividades rotineiras e prioritárias do cotidiano de trabalho. Também se queixam que não estão aptos a realizar a tarefa de gerenciar a informação visando à tomada de decisões, deixando esta função apenas aos níveis superiores de gestão. A falta de capacitação para o manuseio das fichas do SIAB, bem como de seus dados também é outra dificuldade muito frequente nos estudos sobre este sistema (FERREIRA; SHIMITH e CACERES, 2010). Exatamente, pelo fato desta capacitação ser incipiente, estes estudos, apontam para a má qualidade dos dados do SIAB. Os profissionais, principalmente o ACS, não compreendem as variáveis presentes nas fichas e não entendem a importância dos dados para o planejamento. Muitos dados são preenchidos de forma inadequada e a partir do entendimento individual do profissional que não passou por qualquer treinamento. Outros problemas relacionados ao SIAB estão vinculados ao seu software e aos seus instrumentos de coleta (CAVALCANTE, 2011, p. 83).

No intuito de aprimorar os dados do SIAB, alguns estudos apontam para necessidades relacionadas à adequação de suas fichas, a capacitação dos profissionais, a necessidade de outros softwares mais atuais e a diversificação dos instrumentos de coleta voltados à realidade local (FERREIRA; SHIMITH e CACERES, 2010).

Isto posto, o trabalho tem o propósito de realização de estudo com o objetivo de analisar a utilização do SIAB, no processo de produção de dados e informação no alto sertão, de forma que a pesquisa terá como alvo as equipes de profissionais das estratégias de saúde da família (ESF).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório, baseando-se em dados quantiquantitativos, com análise estatística e procedimento comparativo e descritivo. A técnica usada foi a observação direta extensiva, conforme classificação proposta por Marconi e Lakatos (2010).

O desenho de estudo em que a estratégia de observação da população é do tipo observacional, o investigador não controla nem a exposição nem a alocação dos indivíduos, lançando mão de uma situação dada, e verificando os resultados sem intervenção (MEDRONHO, 2009).

A pesquisa quantitativo-descritiva consiste em investigações de pesquisas empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fato ou fenômenos, a avaliação de programas ou isolamento de variáveis principais ou chave. Qualquer um desses estudos pode utilizar métodos formais, que se aproximam de projetos experimentais, caracterizados pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. Todos eles empregam artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas. Utilizam variáveis técnicas, como entrevistas, questionários, formulários, etc. e empregam procedimentos de amostragem (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Ainda segundo as mesmas autoras a pesquisa de caráter exploratório é definida, como investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos. Uma variedade de procedimentos de coleta de dados pode ser utilizada, como entrevista, observação participante, análise de conteúdos, etc, para o estudo relativamente intensivo de um pequeno número de unidades, mas geralmente sem o emprego de técnicas probabilísticas de amostragem.

Segundo Minayo (1998), a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores, e atitudes

correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem ser apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que e vivenciam determinada situação.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O trabalho foi realizado nas ESF do município de São João do Rio do Peixe (PB) distante cerca de 500 km da capital João Pessoa. O município de São João do Rio do Peixe está localizado no extremo Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se a Oeste com Poço José de Moura, Santa Helena e Triunfo, a Sul Cajazeiras e Nazarezinho, a Leste Souza e Marizópolis, a Norte Uiraúna, e a Nordeste Vieirópolis. Ocupa uma área de 474, 526 km², inserida nas folhas Souza (SB. 24- Z- A-V) e Cajazeiras (SB. 24-Z- A-VI), escala 1: 100.000, editadas pelo MINTER/SUDENE em 1972.

Foram visitadas seis ESF entre elas, três se localizavam na zona urbana e três na rural, totalizando assim seis Unidades de Saúde. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um odontólogo e de seis a oito agentes comunitários de Saúde. Das unidades rurais, é cabível ressaltar que existe a unidade “matriz” e mais as unidades âncoras, pois como se localizam em sítios, dessa forma distribuída, fica mais acessível aos usuários.

3.3 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); sendo representada por um subconjunto do universo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os sujeitos da pesquisa foram 20 profissionais de saúde, dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas, que exercem atividades na Estratégia de Saúde da Família na cidade São João do Rio do Peixe. A escolha do local e da amostra combinou os critérios de conveniência e intencionalidade. Para atender ao primeiro critério, os profissionais assinaram o TCLE (APENDICE I), levando em consideração a disponibilidade dos participantes para a coleta de dados,

bem como a facilidade de acesso dos pesquisadores, o aceite da instituição e dos profissionais em participar da pesquisa. Para definir a Instituição, a unidade e os participantes, agregou-se o critério de intencionalidade. Assim, foram escolhidas Unidades que contassem com a equipe completa da ESF e possibilitassem a sua realização no período disponível pelos pesquisadores.

A seguir, considerando-se os que estavam em atividade no período da pesquisa, todos os profissionais de saúde que atuavam nos referidos serviços foram convidados a participar.

Assim, a amostra foi composta por cinco enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, nove agentes de saúde e, quatro dentistas.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo, os profissionais atuantes em qualquer Estratégia de Saúde da Família (ESF) de abrangência da cidade de estudo, com o tempo mínimo de ano de atuação, desde que em pleno exercício de suas atividades e que concordassem em participar da pesquisa, para tanto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A e B).

Foram excluídos do estudo, os profissionais que estavam ausentes de suas atividades por motivos justificáveis e os que não concordaram em participar da pesquisa; bem como os profissionais que tinham um período inferior a um ano de formação.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realizar a pesquisa utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada com os profissionais de saúde das ESF.

Entrevista é um encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados

ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2010). Sendo ainda pertinente enfatizar que:

“Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, tendo em vista o objeto.” (MINAYO, 2007, p.261)

A autora supracitada chama a atenção para um ponto que merece destaque. A entrevista como forma privilegiada de interação social está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Desta forma, pode expressar várias realidades (MACHADO, 2007). Portanto, após uma análise, pode-se concluir que ela vem propagada por informações que emergem a partir da observação dos sujeitos, por meio de relações, omissões, cumplicidades e outras situações apreendidas no cotidiano (TRIVIÑOS, 1987).

Uma pesquisa semi-estruturada é aquela que a partir de certos questionamentos importantes para a pesquisa, permite através de um roteiro básico, maior liberdade de respostas do informante, sem perder de vista o foco colocado pelo investigador, permitindo ao entrevistado uma maior flexibilidade, na medida em que se pode alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista (MISHIMA, 2003).

Para tanto foram utilizadas as seguintes variáveis: características sócio-demográficas (gênero, idade e escolaridade), características relacionadas à utilização do SIAB.

Para aplicação do roteiro procuramos observar os seguintes aspectos: a precisão das respostas dos questionamentos; identificação da existência do trabalho em equipe para a consolidação e análise dos dados e uso das informações para o planejamento e avaliação das ações, bem como a importância do sistema de informação estudado, para os profissionais da equipe.

Para elaboração deste roteiro de entrevista tomou-se por referência o Manual Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2004), como também as orientações da avaliação da melhoria da qualidade (AMQ) na ESF.

Por fim, o instrumento disponibilizou de uma entrevista contendo questionamentos a fim de obter nas falas dos sujeitos o entendimento dos profissionais quanto ao sistema aqui estudado, as dificuldades enfrentadas, como são utilizados os

dados/informações produzidos na USF, se as informações discutidas entre a equipe e/ou usuário/comunidade, e a opinião dos profissionais acerca do SIAB.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a etapa da pesquisa onde são aplicados os instrumentos elaborados e as técnicas selecionadas para a coleta de dados previstos (MARCONI; LAKATOS 2009).

Inicialmente foi mantido contato com a Secretária Municipal de Saúde com vistas a solicitar autorização do desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família de São Joao do Rio do Peixe, através do Termo de Autorização Institucional (APENDICE C).

Após assinatura do presente termo, o projeto de pesquisa foi cadastrado na plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com fins de apreciação e aprovação.

Diante de tal procedência, foram obedecidas etapas como o contato inicial com a amostra do estudo com o intuito de explicar a finalidade da pesquisa, seus objetivos, sua relevância, os instrumentos utilizados e a necessidade de sua participação, bem como o esclarecimento da participação voluntária, da confidencialidade dos dados e de possíveis dúvidas. Com isso, foi solicitada assinatura do TCLE (APENDICE A) e do Termo de Consentimento Pós-informado (APENDICE B). Ao final, não pôde ser esquecido os agradecimentos e informar, o retorno para a obtenção de novos dados ou esclarecer dúvidas quando necessário.

Previamente à coleta dos dados, foi realizado um pré-teste (do qual, não entrou na amostra) do instrumento de pesquisa objetivando identificar possíveis falhas, a adequação dos termos e o tempo necessário estimado. Os dados foram coletados por um único pesquisador.

No presente estudo foi realizada a entrevista semi-estruturada com os membros das equipes (enfermeiros, cirurgião dentista, técnico de enfermagem e ACS), utilizando um questionário composto de duas partes, primeira com dados de identificação dos sujeitos e a segunda com questões relativas ao uso do SIAB como ferramenta de

planejamento, avaliação e monitoramentos de suas ações, bem como das atividades da equipe (APÊNDICE C).

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Marconi e Lakatos (2009), ao finalizar a coleta de dados, o pesquisador precisa processar os dados para se detectar possíveis falhas ou erros que possam confundir ou distorcer as informações a tempo de não prejudicar no resultado da pesquisa.

Analisar, segundo Medeiros (2010), significa decompor e examinar sistematicamente os elementos que compõem o texto. É nessa etapa que o pesquisador entra em maiores detalhes sobre os dados coletados, procurando estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas.

Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando eventuais omissões de respostas. Os dados sócio-demográficos foram analisados através de estatística descritiva.

Os dados quantitativos foram tabulados no EXCEL, com o auxílio do Software SPSS Statistic for Windows – versão 18, e analisados através da estatística descritiva. Em seguida os resultados, foram apresentados em forma de gráficos e tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

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

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/acolhimento destas mensagens. (BARDIN, 1977, p.31)

Ainda segundo Bardin (1977), a “análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou a investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discurso direto e simples”. A técnica de análise de conteúdo temático é composta por três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 1977).

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Pesquisa envolvendo seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996).

Foram obedecidas as observâncias éticas da resolução nº196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentada nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, seja ela individual ou coletiva, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2007). Para tanto, foi destacado aos participantes que todos os direitos dos profissionais são reservados, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participação ou retirar seu consentimento durante o desenvolvimento da pesquisa, assegurando-lhes confidencialidade das informações e obedecendo ao princípio da não maleficência.

A coleta de dados iniciou-se após a assinatura da Carta de Anuência por parte da Secretária de Saúde, bem como após a assinatura do Termo Esclarecido e mediante a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Com vistas a garantir o sigilo acerca das seis ESF e dos profissionais que participaram deste estudo, as equipes e profissionais receberam as seguintes denominações:

ESF- Estratégia de Saúde da Família.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

E – Enfermeiro.

M – Médico.

TCE- Técnico de enfermagem

D - Dentista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico inicialmente serão abordados os dados referentes ao perfil demográfico da amostra, informações acerca da utilização do SIAB como ferramenta e por fim as narrativas.

Os dados obtidos permitiram apresentar os resultados em três partes: a coleta de dados, que foi realizada por meio de roteiro composto por dados de identificação, com o intuito de estabelecer o perfil dos participantes, perguntas abertas que buscava apreender a compreensão dos profissionais acerca do SIAB como ferramenta de trabalho, conforme o objetivo da pesquisa e as narrativas dos profissionais acerca desse instrumento de trabalho.

4.1 PERFIL DO GRUPO ESTUDADO

Participaram do estudo 20 profissionais, destes trabalhadores de saúde nove representavam os Agentes Comunitários de saúde (41%), cinco enfermeiros (22,7%), quatro odontólogos (18,2%), e dois técnicos de enfermagem (9,1%).

A PNAB estabelece dentre os itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família que a equipe multiprofissional da ESF responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, tenha como responsabilidade média 3.000 habitantes e seja integrada por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

A cidade de São João do Rio do Peixe dispõe de oito ESF, estando dispostas três na zona urbana (50%) e cinco na zona rural (50%).

De forma geral, verificamos que as unidades são compostas, como a PNAB prima.

4.1.1 Aspectos Sócio-demográficos

Os dados sócio-demográficos dos profissionais envolvidos na pesquisa estão dispostos na tabela 1.

A faixa etária variou de 25 a 58 anos, sendo a maioria constituída de pessoas com idade entre 21 e 30 anos (40%) e sua média correspondente a 30 anos. Com isso, pode-se afirmar que se trata de um grupo constituído por adultos jovens, que está a algum tempo no serviço de saúde.

TABELA 1 – Distribuição da amostra estudada segundo idade, gênero, Cor/Raça e estado civil.

Variáveis	<i>f</i>	%
Idade:		
21 – 30 anos	08	40
31 – 40 anos	07	35
41 – 50 anos	03	15
51 – 60 anos	02	10
Gênero:		
Feminino	16	80
Masculino	04	20
Cor/Raça:		
Branco	10	50
Preto	02	10
Pardo	08	40
Estado Civil:		
Casado (a)	14	70
Divorciado (a) /Desquitado (a)	02	10
	01	05
Viúvo (a)	03	15
Solteiro (a)		
TOTAL	20	100

FONTE: Própria pesquisa/2013

O que tange o gênero houve um maior índice de indivíduos do sexo feminino, que correspondeu a 16 (80%) do total de participantes.

Com referência à cor/raça predominante encontra-se a branca, totalizando 10 profissionais (50%), seguindo-se pela cor parda com oito (40%) e, pretos dois indivíduos (10%).

Foi constatado que maior parte dos profissionais, 70% deles encontrava-se casado (a), em seguida vêm 15% solteiros (as), 10% divorciado (a) e 5% viúvo (a).

Percebe-se que, de acordo com o gráfico 1, a maioria dos profissionais de saúde, 45%, envolvidos nessa pesquisa tem o 2º grau, seguido dos 32% especialistas, 18% do ensino superior, e apenas 5% mestrando.

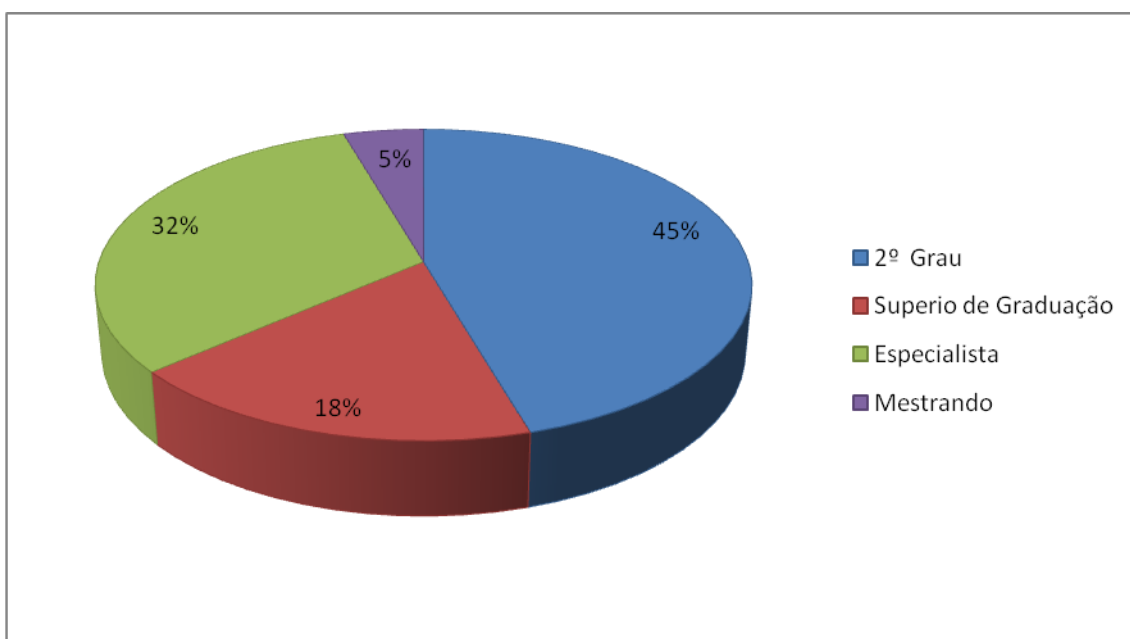


Gráfico 1- Grau de Escolaridade dos profissionais envolvidos
FONTE: Própria pesquisa/2013

Os profissionais pesquisados possuíam em média oito anos de formados, tendo como extremos mínimos e máximos um ano e 24 anos, respectivamente. A maioria deles, 17 profissionais (85%), possuía menos de 10 anos de formados. O que tange o tempo de formação, a maioria, 13 trabalhadores (60%), possui de um a cinco anos de atuação na UBS visitada. Já quando indagados sobre a realização de treinamento/cursos introdutório para atuação na ESF, 60% dos participantes confessaram ter participado e 40% afirmaram que não (**Tabela 2**).

A formação profissional é importante de ser detalhada, uma vez que os sujeitos da pesquisa compõem-se de trabalhadores de diferenciadas áreas do conhecimento que

atuam em um mesmo âmbito de trabalho, portanto, a análise de tais particularidades subsidia os dados específicos a serem expostos posteriormente. O elevado número de profissionais com formação em nível médio caracteriza grande parcela da amostra estudada e isso se justifica pela acessibilidade mais fácil a esses profissionais quando comparados aos de nível superior, como pelo nível de escolaridade mínimo exigido na contratação de alguns cargos que oferecem grande número de vagas (COSTA, 2011).

TABELA 2 -. Perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família São João do Rio do Peixe- PB

Variáveis	Descrição	Odontólogo		Enfermeiro		Téc. De Enfermagem		ACS	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tempo de formação	< 10anos	4	100	5	100	1	50	8	88,9
	> 10 anos	-	-	-	-	1	50	1	11,1
TOTAL		4	100	5	100	2	100	9	100
Tempo de atuação	>1	1	25	1	20	-	-	-	-
	1 a 5	3	75	4	80	1	50	5	55,6
	6 a 10	-	-	-	-	-	-	1	11,1
	>10	-	-	-	-	1	50	3	33,3
TOTAL		4	100	5	100	2	100	9	100
Treinamento/ curso para atuar na ESF	Sim	2	50	2	40	-	-	8	88,9
	Não	2	50	3	60	2	100	1	11,1
TOTAL		4	100	5	100	2	100	9	100

FONTE: Própria pesquisa/ 2013

A capacitação é de fundamental importância para o aprendizado das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, pois a busca por essa estratégia especializada de aprendizagem pode qualificar a assistência prestada à medida que melhora o desempenho individual e incentiva o trabalho interdisciplinar entre os membros da equipe (OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, entendemos que o profissional quando preparado desenvolve o trabalho mais responsável e de forma mais expressiva, proporcionando benefícios para a comunidade, e também, para o funcionamento dos serviços de saúde.

Sabendo que o conhecimento, a tecnologia e as exigências da profissão crescem continuamente, cada vez mais rápido, os profissionais que tem como desejo se manter competente e competitivo para acompanhar essa evolução, deverão buscar o aprendizado contínuo. A educação permanente é o processo pelo qual o profissional constantemente se atualiza na sua área e em sua vida (COSTA, 2011). A autora supracitada ainda afirma que:

Relacionar o perfil do serviço de saúde à forma como se processa a produção de cuidado e às relações entre trabalhadores e sua clientela a uma produção imaginária de demanda, é um passo importante para avaliar a integralidade no cuidado dos serviços. (COSTA, 2011, p. 53)

A PNAB afirma que o processo de capacitação dos profissionais da ABS deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe, recomendando que este seja realizado em até três meses após a implantação da ESF e de responsabilidade, nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes, da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a 60 Secretaria Municipal de Saúde, sendo os conteúdos mínimos regulamentados especificamente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, analisou-se o gráfico 2 levando em consideração que 43% dos participantes do estudo referem não ter participado de curso ou treinamento introdutório para atuar na ESF e 57% afirmam positivamente essa participação. Os RAS constituem um importante pilar para um serviço de qualidade e eficácia, pois são eles que se encontram na linha de frente, sendo responsáveis por grande parcela da qualidade do atendimento; (BRASIL, 2012), portanto, o treinamento introdutório torna-os habilitados na análise da situação da área adscrita da ESF, identificando os problemas potenciais e emergenciais que precisam ser resolvidos assim como os ensinam na compreensão dos indicadores de saúde, em especial, os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

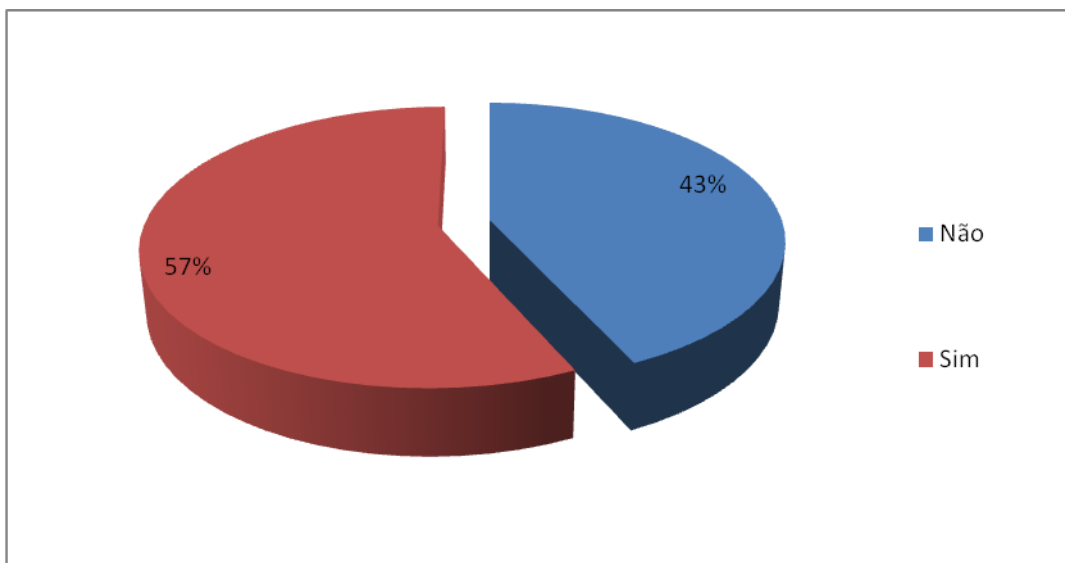


Gráfico 2 – Participação do trabalhador em curso introdutório para atuar na ESF.

FONTE: Própria Pesquisa/2013

Segundo o MS, a educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos; e dessa forma promova um incentivo para o melhoramento do trabalho.

Com isso, a educação permanente deve partir do pressuposto da aprendizagem contínua, de forma que leve o profissional a ter uma visão de educação reflexiva e participativa. O profissional tem que estar preparado para trabalhar com os instrumentos disponíveis, de forma que este traga benefícios não só para o país, como também para os usuários e as UBS, e para tanto, ele deve ser treinado e capacitado.

4.2 SIAB: UTILIZAÇÃO NO PROCESSO DE DADOS E INFORMAÇÃO

Avaliando os resultados da pesquisa obteve-se no que se refere ao conceito do SIAB, que 35%, ou seja, sete pessoas deram a resposta incompleta (se resumiram apenas ao significado da sigla), a seguir oito (40%) profissionais responderam

conscientemente o que é esse sistema e apenas cinco (23,8%) não souberam responder. (Quadro 1)

Visto que, é de fundamental importância toda a equipe que compõe a ESF saber preencher as fichas correspondentes a cada profissional, ainda se obteve um resultado negativo em 15%, levando-se em consideração que mais 5% não souberam responder, que na pergunta anterior não fazia noção do que era esse SI. Vale ressaltar que nesse segundo momento foram mostradas todas as fichas, para os mesmos se nortearem.

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	
		<i>f</i>	%
Para você o que é o SIAB?	Soube responder	8	40
	Não Soube responder	5	25
	Resposta incompleta	7	35
Tem dificuldade de responder as fichas do SIAB?	Sim	3	15
	Não	16	80
	Não soube responder	1	5
Os dados do SIAB são utilizados para diagnósticos ou planejamento de ação?	Sim	11	55
	Não	4	20
	Não soube responder	5	25
As informações são divulgadas/discutidas entre a equipe e/ou usuário/comunidade?	Sim	15	75
	Não	4	20
	Não soube responder	1	5
TOTAL	-	20	100%

QUADRO1: Discriminação das variáveis do SIAB na pesquisa

FONTE: própria pesquisa/ 2013

A falta de capacitação para o manuseio das fichas do SIAB, bem como de seus dados também é outra dificuldade muito frequente nos estudos sobre este sistema (MARCOLINO, 2008; FERREIRA, SHIMITH e CACERES, 2010).

Dessa forma, podemos verificar que ainda há, mesmo após diversos estudos que apontam as mesmas fragilidades, deficiência no que tange o trabalho com a utilização da ferramenta do SIAB. Podemos constatar que os profissionais de saúde se detêm a um trabalho mecânico, não utilizando desse, para detectar problemas potenciais e/ou emergências presentes na área, e planejar intervenções para essa problematização.

4.3 NARRATIVAS

Esta terceira fase da pesquisa compreende as narrativas dos profissionais entrevistados, onde lhes foram interpelados quanto ao uso do SIAB, na sua prática diária, bem como pela equipe.

Diante dos resultados foram apontados ainda alguns profissionais, principalmente, os Agentes Comunitários de saúde, relatando ter dificuldades em preenchimento das fichas.

“(...) na da gestante; Eu me perco na ficha (...) estado nutricional, essa data da ultima consulta eu não sei se eu boto aqui, ou boto aqui no quadrinho de cima (...); isso aqui eu não sei também não (fatores de risco). Eu tenho muita dificuldade! (...) ai eu copio lá, ne? Ai quando eu venho aqui, ai ela (Enfermeira) vai me orientando. Eu nunca consegui em 14 anos, e não tenho vergonha de dizer!” (ACS 8 - UBS 5)

“(...) a que eu tou conhecendo agora é a ficha da gestante, porque as outras desde que eu comecei eu tava aprendendo.” (ACS 3 - UBS 2)

“(...) se fosse informatizado (...) seria melhor!” (ACS 5 – UBS 2)

Em estudo realizado por Oliveira (2010), é relatado pela mesma que nas entrevistas que foram realizadas com os membros das ESF, os ACS's demonstraram sentir deficiência para efetuar o preenchimento das fichas/formulários do SIAB, fato que se justifica por razões que se interrelacionam com a formação insuficiente desses trabalhadores para a realização de atividades que apresentam certo grau de complexidade.

Ainda confirmando esses dados, Marcolino e Scochi (2010, p. 316), no estudo: informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família afirma:

A respeito de dificuldades em relação ao preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, dois enfermeiros relataram dificuldade por não terem recebido capacitação. Quatro médicos disseram ter dificuldade, três deles responderam que a dificuldade era devido à falta de capacitação, um referiu que a dificuldade era pela existência de campos desnecessários nas fichas.

Concordo com Cavalcante (2011, p. 83), quando afirma que existe dificuldade dos profissionais de saúde em analisar dados, contextualizá-los e produzir informações, porém esta dificuldade não é gerada pelo SIAB, é algo anterior a utilização do sistema, está na gênese da formação do profissional de saúde. Porém acredito que os cursos de capacitação devem acontecer de forma eficiente para promover uma educação permanente.

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

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

Segundo Marcolino e Scochi (2010, p.347), os profissionais conhecem as fichas mais utilizadas pela sua categoria, entretanto não conhecem o sistema como todo, e isso pode ser um problema decorrente da forma como estes foram capacitados. Sendo assim, se há alguma fragilidade na capacitação desses profissionais, isso vai interferir no seu processo de trabalho, levando a um prejuízo do trabalho de equipe e conseqüentemente, levará ao fortalecimento da assistência fragmentada.

Faz-se necessário destacar que 80% dos profissionais afirmaram não ter nenhuma dificuldade em preenchimento, porém é importante averiguar se há realmente o preenchimento correto e fidedigno dessas fichas, pois eles acham que aquela é a maneira correta de se preencher, mas às vezes pode não ser (**Tabela 3**).

Analisado tais dados e desenvoltura na hora das respostas, nota-se que a maior dificuldade de preenchimento é a falta de familiaridade dos profissionais. Os profissionais primeiramente devem conhecer o material que será trabalhado e

posteriormente fazer o uso deste, tendo em vista que se conhecemos a ferramenta como um todo iremos dominá-la.

“Até o cartão da gestante eu tenho dificuldade, eu não encontro peso, não encontro altura (...)” (ACS 8, UBS 6)

Cabe ressaltar aqui, que o preenchimento das fichas do SIAB bem como a alimentação do seu banco de dados é muito mais do que um processo de registro de dados para a manutenção das equipes da ESF ou PACS. É também um momento da equipe olhar para esses dados e transformá-los em informação, de modo a instrumentalizar o SIAB como ferramenta para estruturação e consolidação da APS, enquanto um modelo articulador de assistência a saúde possibilite a essas equipes domínio e conhecimento da realidade local, tanto do ponto de vista geográfico como socioeconômico e sanitário.

Dos entrevistados 11 profissionais (55%) relataram utilizar os dados do SIAB como diagnóstico ou planejamento de ação; já 25% confessaram que esses dados não são utilizados (**Tabela 3**).

Assim podemos verificar nas narrativas que seguem:

“aqui, e isso é um problema que ainda continua questão do fornecimento da medicação aqui na farmácia, o hipertenso no HIPERDIA! o fato que ele só vem pro posto se vier medicação. Então o maior defeito que a gente tem/ que a gente enfermeiro tem, é segurar o hipertenso no posto, e diabético! (...) ai aquele dado, por exemplo, diabético/hipertenso, nesse mês vieram 6 diabéticos, agora isso eu tenho, em média, 38. Ai diante disso oferecemos café, palestras.” (E 4, UBS 4)

“de acordo, por exemplo, na minha área, tem uma puerpera, por exemplo, então, hoje vai deixar agendada, como tem a reunião mensal, então no cronograma, lá vai ter as datas... os dias de visitas à puerperas, de acamados, visitas de crianças, reuniões com a mulher!” (ACS 9, UBS 6)

“São principalmente relacionado com a criança e a mulher! São os maiores focos que a gente tem. Assim, com relação à criança, quando a gente vê que esta tendo criança com baixo peso, então, geralmente eu faço um acompanhamento com essa criança na comunidade. Uma gestante que a gente vê no fechamento do mês, que não veio ao pré-natal, que não realizou o exame, então ou a gente faz a visita, ou eu peço para a gente convocar diretamente pra vim procurar a unidade!” (E 5, UBS 6)

Maia et al (2010), em suas pesquisas ratifica esses dados, afirmando que 90,9% da sua amostra utilizavam as informações do SIAB para planejamento e melhoria do trabalho da sua equipe.

Segundo Santos et al. (2008 apud COSTA, 2011, p. 67), planejamento consiste na elaboração de planos e programas de saúde em comum acordo entre todos os profissionais no trabalho e objetiva a superação da burocracia e do comodismo da simples aplicação de técnicas e preenchimento de planilhas. Para o autor, na ESF, ele vem possibilitar o alcance dos objetivos ao tempo que permite a melhora no desempenho com a otimização dos serviços, com destaque para a eficiência e a eficácia às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. E é por isso que esse é considerado como um dos recursos que indica a qualidade na ABS.

De acordo com o Ministério da Saúde, o planejamento adquire importância na medida em que se configura como um mecanismo de gestão para direcionar o processo de consolidação do SUS (BRASIL, 2007).

Estudos realizados sobre a análise das inconsistências do SIAB e sua avaliação como potencial para análise da situação de saúde evidenciaram: a não utilização do SIAB por ESF para a formulação e planejamento de ações futuras; as dificuldades apontadas pelas equipes na consolidação dos dados e a escassez de treinamentos para as ESF sobre o SIAB (OLIVEIRA, 2012, p. 71).

Segundo Freitas (2005), em seu estudo realizado sobre percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB, três informações são necessárias e usadas para o direcionamento das ações de saúde na atenção básica, sendo: distribuição geográfica dos pacientes cadastrados, características daquela população que influenciam a incidência e prevalência de diferentes doenças e características que deveriam ser levadas em consideração na decisão sobre as estratégias de manejo adequadas e os dados da prescrição.

Ainda segundo a mesma autora, há contradições entre o objetivo do SIAB e a forma como os entrevistados se posiciona sobre ele. Embora o instrumento se caracterize por ser dinâmico na medida em que traz dados e informações atualizadas, diagnosticando a saúde local possibilitando intervir e direcionar recursos, atividades e personalizar atendimento apresenta-se, por outro lado, contraditório uma vez que os profissionais consideram-no de difícil interpretação, os agentes comunitários apresentam alta rotatividade no serviço, há baixo envolvimento da equipe, pouca

utilização na programação local e desconhecimento da sua finalidade por alguns membros da equipe, principalmente pelo agente comunitário de saúde.

Quanto à interrogativa que versa acerca da existência de discussão/divulgação das informações entre equipe/comunidade, 20% da amostra responderam que não, 75% afirmam que discute, levando em consideração que as informações são debatidas entre os profissionais da unidade, e não com a comunidade.

No presente estudo constatou-se que, nas seis ESF os dados do SIAB são discutidos mensalmente, durante o fechamento dos relatórios, com a participação dos ACS e enfermeiro, sendo que os demais integrantes da equipe não participam do processo.

“Algumas são! Tem algumas que só mesmo a nível de secretaria de saúde! Mas a gente discuti, quando vai entregar a produção” (ACS 4, UBS 2)

“sim. Eles me entregam até o dia 30 de cada mês e eu tenho até o dia 5 pra entregar na secretaria e diante dos dados, um agravo de diabetes, a gente se reúne para elaborar um plano de estratégia (...)!” (E 2, UBS 2)

“(...) no dia da entrega da produção ela vê todas as fichas individualmente, e depois a gente se reúne e vamos conversar (...) só nós, ACS e enfermeiro.” (ACS 8, UBS 5)

“(...) No mínimo uma vez por mês (...) e reunião, até informal mesmo... toda segunda feira eles estão aqui na minha sala, porque se tiver um exame, uma coisa assim, ele já estão me passando!” (E 4, UBS 4)

“Após o preenchimento e coleta de dados, são discutidas entre a secretaria e a unidade/UBS.” (E 3, UBS 3)

“Nós temos reuniões com o coordenador de saúde bucal (...) da área de odontologia a gente faz (...) não com a unidade, com a técnica de enfermagem, com a enfermagem.” (D 3, UBS 4)

Segundo a PNAB, a organização do serviço nas ESF tem como elemento central o trabalho interdisciplinar realizado em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva; possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promovendo e estimulando à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de

trabalho; realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

É importante ressaltar que o trabalho em equipe é primordial, sendo assim, como cada profissional preenche as suas fichas específicas, seria coerente a visualização da problemática da área com a visão interdisciplinar, e um planejamento para a resolução deste. Apenas um profissional, se queixou de não se reunir com a equipe toda, porém acreditava que a reunião é de suma importância para o trabalho ser bem concretizado, visto que, cada profissional tem uma visão diferente, facilitando a resolução da problematização.

A PNAB (BRASIL, 2006) ao definir as atribuições comuns a todos os profissionais da ESF aponta, como fundamental, a participação de todos os membros da equipe nas atividades de planejamento e avaliação das ações em saúde, a partir da utilização dos dados disponíveis nos Sistemas Nacionais de Informação da Atenção Básica e da garantia da qualidade do registro das atividades.

Peduzzi (1998) enfoca a importância da cooperação no trabalho interdisciplinar nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; partilha de decisões; reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho, com o intuito de construir uma conexão entre interação e o trabalho.

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

Foi possível também analisar a percepção dos profissionais das USF acerca da importância do SIAB; no qual 100% dos participantes afirmaram positivamente sobre a relevância deste sistema, entretanto com olhares bem distintos.

Ao avaliar o sistema, de maneira geral, os profissionais colocam que o mesmo traz muitos benefícios, tanto profissional, quanto para a unidade, de modo que este fornece dados que possam aferir as reais condições da comunidade.

“No geral realmente é importante, se não fosse, não valeria a pena a gente está trabalhando pra alimentar um sistema! Só que, eu acho, (...) é indiscutível a importância, mas, quanto que se vai fazer que a

secretaria de saúde faz com essas informações é que deixam um pouquinho a desejar. Infelizmente, olha... o MS diz que a gente tem que pesar até 5 anos de idade, mas o que não dão é que (...) aqui (na ficha) não pede! (...). Então tem algumas coisas que deixam muito a desejar!” (ACS 4- UBS 2)

“a minha opinião, é que é um sistema importante para o controle da saúde-doença do município, da localidade que eu atuo ne? pa saber as doenças mais prevalentes, pra ver a maneira de prevenir tais agravos. É mais ou menos isso!” (M 1 - UBS 2)

“é importante demais, porque assim, é tipo como se fosse um censo! Pode funcionar como um censo, porque você vai fazer a média de cada município, estadual, federal (...) como cada município é responsável por fazer sua parte, tem como você saber! como encontrar um meio pra poder amenizar ou controlar, por exemplo: hipertenso, diabético, fazer orientações (...)” (TCE 1 – UBS 2)

“o sistema em si é ótimo ne? contando que cada profissional ‘teja’ fazendo a sua parte e atualizando também no sistema. Porque também não adianta eu fazer o cadastro, por exemplo, do hipertenso e esse cadastro não ser registrado, porque aí fica pela metade. Porque eu acho que para o SIAB funcionar, ele tem que sempre ser atualizado. Se eu digo que eu tenho 20 gestantes, no sistema tem que ter 20 e não 15. (...) Muitas vezes a gente da baixa, e não é atualizado. É um sistema que tem que atualizado diariamente!” (E 4 – UBS 4)

“o sistema é importante, pois sem ele a gente não tem as avaliações do que realmente precisa ne? Sem ele o município fica sem noção do que realmente está acontecendo. É um sistema importante não só para o município, como pro estado, pra federação!” (D 2 – UBS 3)

Já outros profissionais têm uma visão mais crítica e acreditam que o SIAB ainda deixa muito a desejar.

“Muito burocrático! muito papel; é importante? É! Mas eu acho que deveria ter uma ficha mais consolidada; uma quantidade menor de papel pra gente englobar todos os dados. A gente entrega uma quantidade absurda de papel por mês! Eu acho que se informatizado (...) até melhorava.” (E 2 – UBS 2)

“é um sistema assim ainda muito vago porque a gente vê que tem algumas coisas que precisava ser mais aprofundadas, ne? e até assim, de um certo acompanhamento melhor! Mas como toda história do SUS que vão sendo trabalhadas e vão sendo melhoradas no dia-a-dia. Mas ainda falta muito pra chegar lá!” (E 5 – UBS 5)

“Eu acho assim (...) pro município é muito bom porque tá alimentando o sistema; tá vindo verbas para o município ne? e é através disso que a prefeitura recebe mais verba; pra atender mais a demanda da saúde da nossa cidade! (...) se o sistema não for alimentado, tem bloqueios ne, da verba.” (ACS 8 – UBS 5)

Os achados do presente estudo vão ao encontro do trabalho de Oliveira (2010), no qual demonstra que há um reconhecimento por alguns integrantes da equipe quanto à importância do SIAB para o planejamento, monitoramento e a possibilidade das ações da equipe.

No estudo realizado por Freitas (2005), acerca da percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do SIAB, o mesmo afirma que há a importância do SIAB segundo a percepção de todos os membros da equipe quanto à organização do serviço, pois o mesmo traz dados significativos que possibilitam o direcionamento do processo de trabalho da ESF.

Segundo Leite (2008) através dos dados coletados pela equipe por meio do SIAB é possível detectar características importantes que podem influenciar no acesso aos serviços, assim como traçar locais de maior risco social ou ambiental, e consequentemente traçar metas em cima da problematização do território, proporcionando a resolução das inconveniências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com vistas ao exposto ao longo desta pesquisa foi possível comprovarmos os pressupostos de que a utilização do SIAB no processo de produção de dados e informação nas estratégias visitadas não é empregada de forma eficiente, ainda sendo um tanto fragilizada.

Para chegarmos a essa constatação, foram levantados dados através de entrevistas com os profissionais que se encontraram presentes na ESF, no momento da visita.

O que se constatou de forma geral, é que existem algumas fragilidades no que diz respeito aos atores relacionados, fluxo de informação do SIAB, e seus processos. Verificou-se ainda que o uso dos dados se faz necessário pela necessidade de alimentar o sistema, e que alguns profissionais não o utilizam com ferramenta de trabalho para propiciar a melhoria de qualidade de vida da população.

A maioria dos profissionais soube responder o que era esse sistema, porém de uma maneira bem sucinta. Conclui-se que praticamente, nenhum profissional relata ter dificuldade de preencher as fichas, entretanto é de suma importância verificar se o preenchimento esta sendo realizado de maneira correta e fidedigna.

È de suma importância que haja uma capacitação com os profissionais das ESF's, visto que, o esclarecimento sobre esse sistema de informação vem sendo insatisfatório. Os profissionais de saude não são leigos por completo, porém precisa de educação permanente, tanto para aqueles que ainda demonstram dificuldade com o sistema, para se familiarizar-se e conhecer o sistema como um todo, quanto para aqueles que conhecem, para haver uma atualização.

Outro aspecto que deve ser considerado são as reuniões entre os profissionais atuantes na ESF. Ficou evidente que as reuniões ocorrem basicamente com os enfermeiros e ACS, contradizendo o que a PNAB preconiza, que é o trabalho multidisciplinar para a análise coletiva e identificação da problematização, possibilitando a construção de estratégias para solucionar as deficiências do território adscrito. Foi evidenciado que alguns profissionais até acham importante as reuniões, pois assim juntos, poderiam formular um diagnóstico e programar ações para aquela problemática, entretanto isso não se é evidente.

A equipe de saúde da família tem um papel primordial diante a comunidade, levando em consideração, que esta é quem detecta os problemas de forma mais detalhada, pois o trabalho do ACS facilita a comunicação com a unidade. Isto posto, os profissionais tem a oportunidade de se inteirar da situação do usuário, programando assim uma solução.

O SIAB é uma ferramenta muito eficiente, no que diz respeito ao que ela pode propiciar, não só para a população como para o melhoramento do trabalho.

Para finalizar, acredita-se que embora os profissionais ainda apresentem algumas fragilidades e limitações para o uso do sistema de informação da atenção básica, este é ainda um sistema de suma importância para a saúde coletiva, bem como para a saúde da família, pois percebe a questão saúde-doença da população assistida, possibilita e promove a resolução das fragilidades existentes no território delimitado, fazendo com que se conheça a realidade local e essas informações possam ser estudadas e divulgadas entre equipes e os usuários. Nesse sentido, esse sistema não é apenas uma ferramenta criada para ser retroalimentado no DATAUS, e sim uma ferramenta criada para monitorar e avaliar os serviços da ESF, trazendo assim indicadores para a realização de planejamento e por consequência, melhorar a qualidade de vida e funcionamento do serviço de saúde.

Diante do exposto se faz necessário explorar a educação permanente e treinar os profissionais de saúde para que estes possam descobrir o SIAB como uma ferramenta de alta magnificência e poder usar desta de maneira eficaz trazendo o melhoramento para a atenção primaria de forma geral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. F. **Sistemas de informação e evolução tecnológica: mitos e realidades**. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n. esp., 2º sem. p.56-64. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – ABRASCO; GRUPO TÉCNICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E POPULAÇÃO – GTISP (Org.). **Plano Diretor de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde: 2008-2012** – versão para debate com os Programas de Pós-Graduação afiliados da ABRASCO. Brasília: ABRASCO, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20100210132738.pdf>. Acesso em: 11/03/2013

BARBOSA, D.C.M. **Sistemas de Informação em Saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto-SP**. 2006. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

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

BITTAR, T. O., et al. **O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde**. RFO, v.14, n.1, p.77-81, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/77_81.pdf> Acesso em: 12 Fev.. 2013.

BRAGA, AT. **Análise do serviço de educação continuada de um hospital de ensino na perspectiva da equipe de enfermagem**, São Paulo. 2009.116f. Dissertação (Mestrado em Saúde c [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2009.

BRASIL. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. MS, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, Vol. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: 2012.110p.

_____. CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde (BR). Relatório de **gestão 1998-2002**. Brasília: MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Sistemas de informação da atenção básica-SIAB**. 2. ed. Brasília: MS; 2000.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**: indicadores 2003. Brasília (DF); 2004

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 dez. 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2010; 30 dez.

_____. Ministério da Saúde. **Portal Ministério da Saúde**: Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em 15 de março de 2013.

BULGARELLI, Alexandre Favero et al. Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.5. Disponível em www.scielo.com.br. Acesso em 16 de março de 2013.

CARVALHO, José Álvaro. **Tecnologias e sistemas de informação: uma área científica orientada às necessidades de conhecimento dos profissionais envolvidos na contínua transformação das organizações através das tecnologias da informação**. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n. esp., 2º sem. p.1-25, 2010.

CAVALCANTE, R. B.a. **Sistema de informação e o cotidiano de trabalho de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2008.

CAVALVANTE, R. B. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder**. 2011.213f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação, Belo Horizonte, 2011.

CAVALCANTE, R. B; PINHEIRO, M. M. K. **Política nacional de informação e informática em saúde: avanços e limites atuais**. v.1, n. 1, 2011.

COSTA, K. L. P. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do Alto Sertão Paraibano**. 2011. 107 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011

CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. American Journal of Public Health 2004; 94: 1864-7

EIRAS, N. S. V. et al. **"O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) na ótica das Equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora."** 10º Congresso Internacional da Rede Unida. 2012.

FERREIRA M.E.V, SCHIMITH M.D., CACERES N.C. Necessidade de capacitação e aperfeiçoamento de profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4 Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010; 15(5):2611-20

FERLA, A.A; et al. **Informação como suporte à gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação em saúde**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala298.pdf>: Acesso em 11/03/2013.

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

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudanças do modelo tecnicoassistencial. O trabalho e, Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007.p. 55-124.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v.13.n 4. p. 547-554, 2005

GIOVANELLA L, MENDONÇA N. H. M. **Atenção Primária à saúde**. In: Giovanella L, Escuro S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.575-625.

JORGE, M. H. P. M; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, 18 (1): 07 - 18, 2010.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LAPREGA, M. R.; SILVA, A. S. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1821-828, nov./dez.2005.

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

MAIA, L. D. G.; et al. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de montes claros (MG). **Rev Baiana Saúde Pública Miolo**.indd. v.34, n.2, p. 359-370, abr./jun. 2010

MACHADO, M. N. M. Entrevistas de pesquisa não-estruturadas e semiestruturadas. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. **Administração, Metodologia, Organizações, Estratégia**. Curitiba: Juruá, 2007. p.20-45.

MARCOLINO, J. S. **Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família**. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2008

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. **Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família**. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**. 2010, vol.31, n.2, pp. 314-320. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200016>.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIN, H. F. **Sistemas de informação em saúde: considerações gerais**. J. Health Inform, São Paulo, v.2, n.1, p.20-4, jan./mar. 2010. Acesso em: 20 mar.2013.

MATUDA, C. G. **Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

MEDRONHO, R. A. (edit.) *et al.* **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

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

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família – Perfil das Equipes. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 124-133, jul/dez. 2003.

MOTA, F.R.L. **Registro de informação sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM no estado de Alagoas**. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

OLIVEIRA, W. M. A. O. **Avaliação da melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: visão do enfermeiro da administração regional de saúde Oeste II – Goiás**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em

Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

OLIVEIRA, D. de P. R. **Sistemas de informações gerenciais: estratégicas táticas operacionais**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 328p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Desempenho em equipes de saúde – manual**. Rio de Janeiro: Opas, 2001. PAIM, J. S. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

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

PORTUGAL, J. L. **Integração Siab e Sig: uma proposta para o funcionamento do programa de saúde da família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Recife, PE, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

RADIGONDA, B.; et al. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.12, n.1, p.38-47, dez. 2010. Disponível em:<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/sistema.pdf>>. Acesso em: 11/03/2013.

RIBEIRO, M. R.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438 - 446, 2004.

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

SÁ E. T. et al. O Processo de Trabalho na Recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.30, n.3, 2009.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto and CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.1.

SOUZA et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n.3, 2010. Disponível em www.revistas.ufg.br

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. **O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo**, Brasil. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 13, n. 2, p. 225-240, 2010.

TEIXEIRA C. F. **Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS**. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba; 2006.

THAINES, G. H. L.; et al. **Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: Um caso exemplar**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v18, n.3, p.466-474, jul./set. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIACAVA, F.; DACHS, N.; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielosp.org/> Acessos em 11 mar. 2013.

WHO. Alma Ata, 1978. Primary Health Care. Geneva, World health organization. Health for All Series no.1., 1978.

APÉNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica no processo de produção de dados e informação.** Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário semi-estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

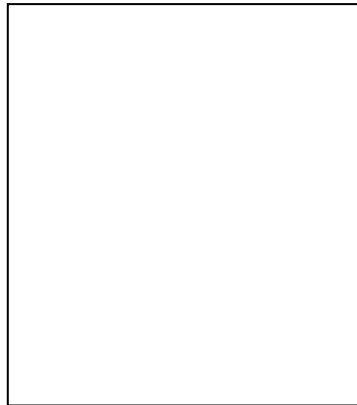
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 9169-9099** com **Nayara Valéria da Silva Rosendo** ou no número **(83) 8803-7046** com a professora **Maria Soraya Pereira Franco**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será

impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE
SECRETARIA DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA

Título da pesquisa: Utilização do SIAB no processo de produção de dados e informação.

Eu, _____ RG n°:
_____, li a descrição do estudo “ A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica no processo de produção de dados e informação” e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, de forma que concordo com a realização da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que a participação é voluntária e que posso desistir da continuação do estudo, assim como os sujeitos envolvidos diretamente na pesquisa. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que não comprometa ou identifique qualquer participante.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.


Assinatura do participante

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado **Utilização do SIAB no processo de produção de dados e informação no alto sertão**, desenvolvida pelo(a) discente NAYARA VALERIA DA SILVA ROSENDO pertencente ao Curso Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO.

25/02 de (Fevereiro), 2013.


Michelle Almeida Nobilo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura e carimbo do responsável institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 Identificação

Idade _____ **Gênero** ()Feminino ()Masculino **Cor/Raça** ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena

Estado civil ()Casado(a) ()Desquitado(a)/Separado(a) ()Divorciado(a) ()Viúvo(a) ()Solteiro(a)

Nível de escolaridade: () Alfabetização ()Regular do ensino fundamental (da 1ª a 4ª série/ 1º ao 4º ano) () Regular do ensino fundamental (5ª a 8ªsérie/ 6º ano 9ºano) () Regular, EJA – Educação de jovens e adultos, Supletivo do ensino médio, 2º grau. () Superior de graduação ()Especialização de Nível Superior (mínimo de 360 horas) () Mestrado ()Doutorado

Tempo de formação (anos) _____

2 Características Profissionais

Unidade de Saúde da Família (USF)

Há quanto tempo trabalha na USF? () menos de 1 ano () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos

() mais de 10 anos **Função na USF**

Participou de algum treinamento/curso introdutório para atuar na ESF? ()sim ()não

3 Características da Equipe de Saúde da Família

População assistida pela USF () apenas zona rural () Apenas zona urbana () Zona Rural e urbana

Numero de da famílias assistidas _____ **Numero de pessoas assistidas**

ENTREVISTA

1 Para você o que é o SIAB?

2 Quais são as fichas do SIAB que você conhece?

3 Você já teve dificuldade em preencher as fichas/relatórios do SIAB? Se sim, quais? O que fez para resolvê-la?

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

4 Como são organizados os seus relatórios, fichas de dados já preenchidos em sua unidade?

5 Os dados do SIAB são utilizados pela equipe para realização de diagnóstico e planejamento das ações? Se sim, como?

6 As informações produzidas pela ESF são divulgadas/discutidas com a equipe e/ou comunidade/usuários? Se sim, quando e como?

7 Dê uma maneira geral, qual a sua opinião sobre o SIAB?

8 Há o retorno da SMS dos dados produzidos pela ESF em sua unidade? Se sim, qual a sua periodicidade

9. Sua Unidade há condições de saber quantos pacientes (deferente de consultas) cada profissional acompanhou no período de um ano? () SIM () NÃO

10. Favor, estimar qual o numero médio de consultas por semana atendidas na ESF: _____consultas/visitas por profissional.

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Título da pesquisa: A utilização do SIAB no processo de produção de dados e informação

Eu, MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO, Docente da UFCG, portadora do RG 1.603.996 SSPPB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Maria Soraya Pereira Franco
Orientador (a)

Cajazeiras, 28 de Januário de 2013.

