

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

REINALDO RIZEMBERG CLAUDINO DA SILVA

**LIMITES E POTENCIALIDADES DO PREENCHIMENTO NO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB EM UM PEQUENO MUNICÍPIO
PARAIBANO**

CUITÉ - PB

2014

REINALDO RIZEMBERG CLAUDINO DA SILVA

**LIMITES E POTENCIALIDADES DO PREENCHIMENTO NO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB EM UM PEQUENO MUNICÍPIO
PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Enfermagem, em
cumprimento aos requisitos legais para obtenção
de título de Bacharel em Enfermagem, pela
Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora:

Prof.^a Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

CUITÉ - PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586l Silva, Reinaldo Rizemberg Claudino da.

Limites e potencialidades do preenchimento no sistema de informação da atenção básica – SIAB em um pequeno município paraibano. / Reinaldo Rizemberg Claudino da Silva. – Cuité: CES, 2014.

62 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Sistemas de informação em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU 616-083

REINALDO RIZEMBERG CLAUDINO DA SILVA

**LIMITES E POTENCIALIDADES DO PREENCHIMENTO NO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB EM UM PEQUENO MUNICÍPIO
PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Enfermagem, em
cumprimento aos requisitos legais para obtenção
de título de Bacharel em Enfermagem, pela
Universidade Federal de Campina Grande.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Presidente – Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a Ms. Heloisy Alves de Medeiros
Membro – Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a Ms. Luana Carla Santana Oliveira
Membro – Universidade Federal de Campina Grande

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Agradeço em primeiro lugar a **Deus** que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Aos meus pais, **Maria Gorete e Orlando Claudino**, pela postura de incentivadores de meu desenvolvimento integral e ensinamentos acerca da importância da educação na consolidação da cidadania.

Às minhas irmãs, **Fernanda Fabrícia e Letícia Luana**, que sempre me apoiaram, peço desculpas pelas brigas e momentos de impaciência. Obrigada por estarem sempre presentes e compartilhado comigo momentos agradáveis e desagradáveis da minha vida.

À minha noiva **Elaine Cristina** ofereço um agradecimento especial, por ter me apoiado nos momentos difíceis, pelo carinho, compreensão, e por ter me suportado mesmo nos momentos de estresse, e por tornar minha vida mais feliz a cada dia que passa.

À minha avó materna, **Francisca Cardoso dos Santos e Silva** (*in memoriam*), pelo exemplo de mulher batalhadora e honesta que foi, por ter sempre me apoiado, torcendo pelo meu sucesso. Obrigado vó “*Chiquinha*”, por todos os ensinamentos que a senhora me deu, pelo carinho e amor que a senhora tinha por mim.

Aos meus avôs, **Clodomiro Simplício da Silva e Francisco Claudino da Silva** (*in memoriam*), mesmo não convivendo muito tempo com eles, lembro-me do quanto gostavam de mim.

Aos meus **Tios, Tias, Primos e Primas** e minha avó **Emília** que sempre me apoiaram nessa trajetória.

À minha professora e orientadora **Luciana de Andrade**, pelos seus conhecimentos repassados nas disciplinas ministradas durante o curso, e pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

As participantes da Banca Examinadora, professoras, **Heloisy Medeiros e Luana Carla**, pela contribuição para o aprimoramento deste trabalho.

Aos **docentes** do curso de enfermagem, extremamente importantes na minha formação acadêmica.

Aos meus **amigos e colegas de trabalho**, irmãos na amizade que continuarão presentes em minha vida, e que de algum modo ajudaram nesta realização.

A todos os meus **colegas de curso**, pela convivência e aprendizado adquiridos nesses cinco anos de universidade, ao meu grupo de estágio, grupos de trabalho, a **Sara coelho** minha companheira de orientação e estágio, pelo apoio e ajuda me dado neste último ano. E em especial a meus amigos **Gean Lucas, Victor Medeiros, Caio Spinelli** que são mais que colegas, agradeço pela amizade adquirida e fortalecida ao longo dos anos.

Aos **participantes desta pesquisa** que colaboraram para a produção desse trabalho, por meio das informações e tempo disponibilizado nas entrevistas.

Enfim, a todos que de algum modo contribuíram para a minha formação acadêmica, diretamente ou indiretamente, obrigado.

*Sonhos determinam o que você quer.
Ação determina o que você conquista.*

(Aldo Novack)

SILVA, R. R. C. **Limites e Potencialidades do Preenchimento no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB Em um Pequeno Município Paraibano.** 2014. 62f. Monografia. (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, *campus* - Cuité.

RESUMO

No setor da saúde as informações são utilizadas na orientação para tomada de decisões, no intuito de planejar a execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias. O objetivo da pesquisa foi identificar os limites potencialidades no preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em um pequeno município paraibano do nordeste brasileiro. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa embasada no princípio teórico metodológico do materialismo histórico e dialético, o qual entende que a existência humana em sociedade é condicionada pela sua base material, em uma relação dialética, evidenciando que a história está sempre em movimento. A análise do material empírico foi realizada com base nas técnicas de análise de discurso indicadas por Fiorin (2008). Constatou-se que a alimentação desse sistema de informação é realizado com êxito nesse município, e bons avanços foram dados pelos municípios nesse quesito, porém ainda estão atrelados a inúmeras dificuldades no que se refere à infraestrutura tecnológica em saúde, que podem prejudicar a eficiência da coleta de dados influenciando sua qualidade.

Palavras-chave: Sistemas de informação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

SILVA, R. R. C. Limits and Potential of Fill in the Primary Care Information System - SIAB in a Small Town Paraiba. 2014 62f. Monograph. (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cuité - campus.

ABSTRACT

In the health sector the information is used in guiding decision-making in order to plan the execution of actions restricting the reality the necessary changes. The research objective was to identify the potential limits on completing the Primary Care Information System (SIAB), in a small northeastern Brazilian city of Paraiba. This is an exploratory and descriptive qualitative methodological approach based on the theoretical principle of dialectical and historical materialism, which understands that human existence in society is conditioned by its material base, in a dialectical relationship, showing that history is always moving. The analysis of the empirical material was based on the techniques of discourse analysis indicated by Fiorin (2008). It was found that feeding this information system is successfully implemented in this municipality, and good progress was given by municipalities in this regard, but are still tied to numerous difficulties in relation to the technological infrastructure in health, which can impair the efficiency of data collection influencing their quality.

Keywords: Information Systems in Health, Primary Health Care, Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação das categorias conforme análise do discurso por Fiorin	36
--	----

LISTAS DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
AIH - Autorização de Informações Hospitalares
APS - Atenção Primária em Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES - Centro de Educação e Saúde
CDS - Coleta de Dados Simplificada
DAB - Departamento da Atenção Básica
DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INANPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
LER - Lesões por Esforço Repetitivo
NOB - Normal Operacional Básica
MHD - Materialismo Histórico e Dialético
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SI - Sistemas de Informação
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Agravos e Notificações
SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SISNASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIS - Sistemas de Informação em Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI - Tecnologia da Informação
UAS - Unidade Acadêmica de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	17
3.2 CONCEITOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	18
3.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	19
3.4 SIAB	22
3.5 E-SUS	26
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	29
4.2 LOCAL DE PESQUISA	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4 INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	31
4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	32
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO.....	33
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	53
ANEXOS	57



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A informação tem papel relevante na organização gerencial das instituições, pois oferece contribuições significativas, que apoiam os gestores nos processos decisórios. É nessa perspectiva, que se compreende a importância da gestão da informação como instrumento colaborador desse processo em qualquer âmbito. Além disso, com o crescimento elevado de informações diariamente produzidas dentro das instituições, é imprescindível utilizar-se de Sistemas de Informação (SI) que conduzirão as informações de maneira rápida e precisa (SANTOS, 2011).

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiar o planejamento em saúde. Na área de saúde, pode-se dizer que um Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem a função de facilitar a criação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, sendo uma ferramenta para os processos decisórios, visando à melhoria situacional da população.

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo apontada internacionalmente como referência para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde, para que respondam de forma adequada às necessidades de sua população. Esse conceito, apoiado na organização dos sistemas de saúde, tende a superar conceitos mais restritos que os definem como um sistema de saúde simplificado, de pouca qualificação profissional e recursos tecnológicos que é destinada à população mais carente e excluída dos serviços de saúde ou, apenas, como sendo só mais um nível de assistência (GUEDES, 2007).

Dessa forma, um SIS deve ser desenvolvido embasado no perfil epidemiológico e de informação para gerenciamento da unidade, devendo informar sobre suas condições administrativas, além de produtos e recursos consumidos, em certo tempo. Por isso, um direcionamento da informação é essencial, já as informações relacionadas à epidemiologia permitem que os profissionais de saúde conheçam o nível de saúde da população, os grupos sociais, bem como o impacto de programas de saúde e seus fatores condicionantes (FIGUEIREDO, 2010).

Durante as atividades teórico-práticas das disciplinas da matriz curricular do curso de bacharelado em enfermagem, verificou-se a importância dos SI necessários para conhecer o perfil epidemiológico da comunidade e garantir o controle da qualidade da assistência por meio

de ações em saúde, bem como o repasse dos recursos financeiros aos municípios pelo Ministério da Saúde (MS). Nesse cenário, podemos destacar o papel do enfermeiro no agrupamento, controle e envio dessas informações da unidade para Secretaria Municipal de Saúde.

O SIAB foi implantado em 1998 com a finalidade acompanhar as ações das equipes da estratégia saúde da família (ESF) além, da captação de dados sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, ou seja, oferece informações sobre a situação de saúde apresentadas por essas famílias cadastradas (BRASIL, 2013).

Dessa forma, é indispensável que os dados inseridos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sejam utilizados e conhecidos por toda a equipe de saúde da família, objetivando a definição de estratégias, determinando metas e intervenções, e finalmente fazer a avaliação do trabalho que está sendo desenvolvido com base nos resultados alcançados (SANTOS, 2011).

No entanto, existem dificuldades a serem enfrentadas para um efetivo preenchimento das fichas durante a coleta dos dados pelos profissionais de saúde que atendem à clientela, além do momento do cadastro dessas informações no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Isso nos faz refletir sobre o seguinte questionamento: será que o preenchimento do SIAB é realizado de maneira correta, conforme as diretrizes do SUS, visando o quadro epidemiológico do município?

Segundo Silva e Laprega (2005), em estudos confirmam a importância do SIAB como instrumento para o planejamento em se tratando do âmbito local, porém, existem limitações para o uso desse sistema de informação. Dificuldades como identificação de indivíduos no software, informações desnecessárias para a realidade local, pouca flexibilidade, número insuficiente de doenças referidas no sistema, e o acesso limitado às informações patológicas endêmicas das diversas regiões do Brasil, são reconhecidas como aspectos negativos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A falta de capacitação dos trabalhadores influencia no incorreto preenchimento e interpretação dos dados, atraso das atualizações dos cadastros, dificultando a compreensão da finalidade deste SI e, conseqüentemente, a consolidação dos dados (GUEDES, 2007).

Um fato comum que acontece é que na maioria das vezes, as equipes da ESF recebem treinamento no momento da implantação na unidade e como a rotatividade dos membros das equipes é elevada, aqueles que entram posteriormente aprendem a utilizar o SIAB após leituras de manuais ou manipulam o sistema com ajuda de outros colegas, refletindo nas dificuldades da utilização deste SI por estas equipes (FIGUEIREDO, 2010).

A importância desse tipo de estudo atribui-se a necessidade de elucidar os principais problemas vivenciados pelos técnicos administrativos que alimentam o banco de dados do SIAB, identificando as limitações e potencialidades na transmissão das informações nesse sistema, em um pequeno município paraibano na busca de melhorar a qualidade da assistência e aprimoramento desse SIS.

Se não houver consistência na produção das informações que compõem os SIS, não será possível fazer uma análise que identifique a principal característica situacional da população alvo e para detecção de seus problemas, conseqüentemente, não permitirá planejar ações em saúde que realmente tenham impacto positivo na resolução dos problemas de saúde desse público alvo (THAINES, 2009).

O entendimento da Atenção Básica (AB) como nível primário do sistema de serviços de saúde, concede a ela o dever de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a função resolutiva desse nível de atenção sobre os problemas mais comuns de saúde, a fim de minimizar os custos econômicos pela promoção à saúde e prevenção de agravos limitados às ações de atenção do primeiro nível (BRASIL, 2010).

A interpretação da AB à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (GUEDES, 2007; *apud* MENDES, 2002).

Esse estudo justifica-se em face de constatação de que o MS encontra-se empenhado no aprimoramento de novas tecnologias na área da informatização em saúde, como exemplo a implantação do e-SUS Atenção Básica para agilizar o processamento das informações, visando a melhoria da qualidade desse SI que resultará em dados positivos e significativos na melhoria da assistência à saúde.

Desta forma, esta pesquisa poderá contribuir para a compreensão dos principais problemas enfrentados no preenchimento do SIAB pelos técnicos administrativos na Secretaria Municipal de Saúde, bem como a realização da produção da informação situacional da população pelos profissionais das equipes da ESF do município de Nova Floresta – PB.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Conhecer os limites e potencialidades vivenciados pelos profissionais que preenchem o SIAB, em um pequeno município paraibano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as dificuldades enfrentadas no cotidiano do preenchimento do SIAB.
- Elucidar as potencialidades no preenchimento do SIAB.
- Analisar a proposta do e-SUS como estratégia de aperfeiçoamento desse SIS nesse nível de atenção a saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Atualmente a eficiência do processo de trabalho, também depende de investimentos em sistemas em tecnologia da informação. O processamento das informações importantes exige recursos técnicos e sistemas de informação que auxiliem a gestão, seja em instituições públicas ou privadas, capazes de suprir suas necessidades e de seus usuários.

Estas tecnologias apoiam o processo decisório contribuindo para reorganização dos fluxos de tarefas e trabalho, transformando o modo como são gerenciadas as organizações. A informação é indispensável para a manutenção das empresas, motivando o investimento em Tecnologia de Informação (TI). Nessa perspectiva surge uma nova característica de empresa, estabelecida com base na informação, oferecendo novos produtos e serviços, buscando melhorar o atendimento aos seus usuários (SANTOS, 2011).

Os sistemas de informação servem para disponibilizar as informações dentro das empresas e serviços. Essa disponibilidade se baseia na flexibilidade e articulação das tecnologias de informação que conseguem contemplar diversos negócios organizacionais, baseadas nos princípios gerais da teoria geral dos sistemas. E de acordo com as diretrizes dos cursos na área de informação propostas pelos órgãos competentes nessa área, os sistemas de informação são definidos como uma combinação de recursos humanos e computacionais que relacionam a coleta, armazenamento, recuperação e distribuição dos dados a fim de aprimorar o sistema gerencial (planejamento, controle, comunicação e definição da ação) (AUDY; ANDRADE; CIDRAL, 2005).

No momento em que uma organização emprega um sistema de informação no âmbito de trabalho, o sistema de processamento de transações é o primeiro a ser informatizado na maioria das vezes, devido aos benefícios bastante visíveis pela automação das operações rotineiras. O processamento rápido das informações reflete no desempenho organizacional da empresa melhorando a qualidade do serviço prestado, uma capacidade de armazenamento maior, padronização de dados e procedimentos relativos às transações, e a obtenção de resultados mais precisos é evidenciada pelo uso da informática e das telecomunicações (AUDY; ANDRADE; CIDRAL, 2005).

Diversas pesquisas em sistema de informação identificaram vários fatores que interferem na utilização desses sistemas pelas instituições, inicialmente esses estudos indicam

possíveis fatos que influenciam a utilização dos sistemas de informação no intuito de compreender como as pessoas manipulam esses sistemas, porém existem outros estudos que comparam as características dos sistemas de informação com características dos usuários para verificar seus impactos na utilização dos sistemas e no desempenho dos usuários, entre outros aspectos. Esses autores afirmam que a visão baseada no usuário e não no sistema tem como finalidade desenhar sistemas juntamente com as pessoas e não só para as pessoas, para que seja possível unir a experiência do usuário para que ele possa contribuir para melhorar o desempenho do sistema de informação (RODRIGUES FILHO; LUDMER, 2005).

Na área financeira, os sistemas de informação são utilizados para planejar e organizar as atividades relacionadas aos negócios, para previsão dos resultados, apresentar as melhores fontes e usos para os recursos financeiros, efetuando auditorias para garantir que a organização esteja financeiramente em ordem com todos os relatórios e documentos financeiros dentro dos parâmetros legais (BAZZOTTI, 2007).

3.2 CONCEITOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Um sistema de informação pode ser definido como um conjunto organizado de pessoas, hardware, software, redes de comunicações e ferramentas para coleta de dados, que objetiva transformar e disseminar informações em uma organização (Ó'BRIEN 2002).

Segundo Laudon e Laudon (2004), sistema de informação é um conjunto de elementos interligados que serve para coletar, processar, armazenar e distribuir informações destinadas a ajudar na tomada de decisões e dirigir uma organização.

Ainda sobre o conceito de sistema de informação, podemos dizer que se trata de um conjunto de partes interdependentes que constituem de um todo maior. Sendo assim podemos afirmar que um sistema dentro de uma empresa é composto por inúmeros subsistemas, e que o sistema de informação está inserido nestes subsistemas que, por serem interligados, estão sempre compartilhando das informações (AUDY; ANDRADE; CIDRAL, 2005).

São vários os benefícios conseguidos pelo uso de bancos de dados para organizar as informações, por exemplo, a redundância entre eles, incoerência dos dados, eliminação dos conflitos dos dados, consolidação do gerenciamento de dados e facilidade de acesso e uso das informações disponibilizadas (SANTOS, 2011).

3.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os SIS evoluem a passos largos paralelamente às novas tecnologias, na busca de encontrar novas maneiras de armazenamento, processamento e multiplicação dessas informações para que possam subsidiar os mais diferentes públicos, em especial os gestores de saúde e a população. As experiências vivenciadas e identificadas entre os diferentes países, que correspondem ao seu contexto histórico e às características das instituições servem como parâmetros para identificação das necessidades dos sistemas de atenção. Na perspectiva de apoiar diversos países do continente americano na intenção de melhorar os sistemas nacionais de informação em saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apresentou uma proposta denominada de “Fortalecimento do desempenho dos sistemas de informação em saúde das Américas” (BRASIL, 2009).

Em 1969, ocorreu a primeira proposta para elaboração de um SIS, além da criação de uma comissão técnica que estudava a necessidade de centralizar estatisticamente o plano normativo do MS. E em 1971, surge o Núcleo de Informática do Ministério da Saúde, que passou a ser chamado de Centro de Informática, foram disponibilizadas as atividades em saúde desenvolvidas pelo MS. Dois anos depois, houve uma reunião entre os representantes de alguns Estados, com intuito de discutir sobre a proposta da criação SIS para o setor de saúde no Brasil, elaborada por técnicos do MS da OPAS (BRASIL, 2009).

Em 1975, a Lei nº 96.229 criou o Sistema Nacional de Saúde, que unificou, na prática, a divisão entre as ações de saúde coletivas e as individuais. A ótica que se baseava em campanhas de saúde, foi em parte, substituída pela organização programática das ações de saúde. A estrutura organizacional do MS foi alterada deixando de ser fragmentada. Foi criada a Secretaria de Ações Básicas de Saúde, onde já havia sido incorporado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) responsável pelo controle das doenças endêmicas, que antes eram atribuídos aos Serviços Nacionais de Malária, Tuberculose, etc. (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009).

O SNVE adotou um modelo operacional horizontal, que propunha a atuação de três níveis distintos da estrutura de serviços de saúde: local, regional e central. Sendo o MS responsável pela normatização e a coordenação das atividades e não pela execução das mesmas, e cabendo aos estados a responsabilidade de execução dessas atividades de saúde. Esse novo modelo adotado pelo SNVE e a nova organização das ações de saúde nos programas estimularam a formação de recursos humanos na área, incentivou o aumento do número de

cursos voltados à área de saúde pública em vários estados, além da criação de cursos de pós-graduação nesta área de conhecimento (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009).

É importante ressaltar que a implantação do SNVE incentivou a criação de um SIS, composto por dois subsistemas: informações de vigilância epidemiológica e informações sobre infraestrutura. Na criação do Programa Nacional de Saúde Materno - Infantil, em 1975, também houve a expectativa de criação de um SIS próprio, valorizando as informações coletadas nesses sistemas que serviriam como instrumento para subsidiar tanto o planejamento como avaliação das ações em saúde.

Nesse mesmo ano houve a realização da 1ª reunião nacional de SIS, realizado pelo núcleo de informática do MS. Na ocasião participaram técnicos das secretarias de saúde de todos os estados, representantes do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Mundial de Saúde (OMS) e membros dos antigos Departamentos Estaduais de Estatística de Minas Gerais e de São Paulo. O objetivo principal dessa reunião foi fazer uma avaliação sobre as informações em saúde no Brasil para se discutir o modelo que deveria ser seguido no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009).

Após a implantação do SIM, que foi o primeiro modelo de sistema a adotar um documento individualizado e padronizado, em 1975 Declaração de Óbito (DO) para a coleta das informações sobre óbitos, verificou-se uma grande evolução na coleta de dados, pois anteriormente os estados utilizavam diferentes tipos de atestado de óbito, sem que houvesse uma padronização de coleta de dados proposta pela OMS inclusive no âmbito internacional. Esse documento pré-elaborado permitiu padronizar a coleta das variáveis, agilizando o processo de coleta de dados e a análise detalhada das informações coletadas (BRASIL, 2009).

Apenas em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a proposta formal de elaboração de um SIS, na qual caberia ao MS a função de coordenar o sistema e subsidiar as secretarias estaduais de saúde na obtenção dos dados, com a participação de outras instituições do governo federal, em especial, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). No entanto, essa proposta não obteve êxito, o INAMPS continuou responsável pela maioria das informações produzidas nos serviços, e o Ministério da Saúde encarregado das informações de importância epidemiológica.

Em 1983, foi implantado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) que surgiu com a mesma ideia de descentralização das informações e utilizando também de um documento

individualizado e padronizado Autorização de Internações Hospitalares (AIH), em grande parte pré-configurado ou com normas estabelecidas para sua posterior codificação. No entanto, o uso como instrumento de medida da morbidade hospitalar constitui objetivo secundário, no qual o principal é o pagamento das internações efetuadas pela rede hospitalar. Vale lembrar também que esse sistema, diferentemente do SIM, não cobre totalmente a população, restringindo-se apenas à população usuária do hoje SUS, que por exemplo, em São Paulo, esse valor corresponde à metade da população (ALMEIDA; ALENCAR; SCHOEPS, 2009).

Na década de 80 o Brasil passou por mudanças na área da Saúde ocorridas devido o processo de descentralização dos serviços de saúde e a necessidade de integração institucional dos três níveis do setor público de Saúde (Federal, Estadual e Municipal). O SUS criado, sob a aprovação da constituição federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, em 19 de setembro 1990, número 8.080, que definiu as competências dos municípios na área da saúde: planejamento, organização, controle e avaliação as ações e serviços de saúde e gestão e execução dos serviços públicos de Saúde (OLIVEIRA, 2008).

A implantação do SUS trouxe a necessidade da criação de SIS que fosse possível agrupar toda a produção de dados e que servissem para apoiar a realização de avaliações periódicas relacionadas à saúde em todo território nacional. Desta forma, é muito importante a estruturação dos SIS para que o SUS possa monitorar as condições de saúde da população. O SUS possui inúmeros SIS, destacando-se os que abrangem atendimentos ambulatoriais e hospitalares, os de estatísticas vitais e de vigilância epidemiológica e sanitária (THAINES, 2009).

A medida em que o SUS foi sendo implementado com principal objetivo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, paralelamente se criou também a necessidade crescente para a descentralização da produção das informações em saúde, de maneira a possibilitar a gestão e a definição das prioridades no âmbito municipal.

O SUS dispõe atualmente de seis grandes SIS, citados a seguir: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar citados acima (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), e mais recentemente criado 1998 o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e entre outros que são considerados instrumentos importantes para ações de controle, monitoramento e avaliação da atenção à saúde (THAINES, 2009).

Em 1990, foi criado o SINASC, surgindo exatamente sob a nova perspectiva da descentralização dos serviços de saúde, em paralelo como inserção da informática aos sistemas

de informação. Embora que nessa etapa inicial favoreceu a descentralização até o nível estadual apenas, mas em algumas áreas chegou a atingir o nível municipal (BRASIL, 2009).

Com o estabelecimento das Normas da Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93, NOB 96), que contribuíram para o processo de descentralização dividindo as responsabilidades entre as esferas integrando e organizando o sistema (SANTOS; CONCEIÇÃO, 2010). No âmbito municipal, atribuindo-lhes a capacitação de operacionalizar os sistemas de informações básicas e constitui-se um dos itens previstos para o repasse de recursos financeiros federais para o âmbito estadual e municipal, na perspectiva da crescente importância da descentralização e captação das informações (AZEVEDO, 2006).

Ainda nessa década, ocorreu a criação do SINAN sendo-lhe atribuído à responsabilidade de coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em âmbito nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. O SINAN disseminou rapidamente os dados gerados na rotina do SNVE e SUS. Servindo também como suporte de informações para estudar a história natural de um agravo ou doença e avaliar a sua dimensão como problema de saúde na população (BRASIL, 2009).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implementado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. E por ser um instrumento padronizado em âmbito nacional, se adequa perfeitamente às gestões em nível federal, estadual e municipal do SUS. Desde a concepção sua finalidade foi de registrar os atendimentos e tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no setor ambulatorial. Seu processamento acontece de maneira descentralizada, no qual, possibilita aos gestores de cada estado e município a cadastrar, programar e processar a produção dos prestadores do SUS, se baseando nos valores aprovados em cada nível, de acordo com a programação física, orçamentária definida na contratação realizada com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2012).

O SIAB foi criado em 1998, para monitorar e avaliar as atividades realizadas pelos profissionais da ESF. O SIAB se distingue de outros sistemas de informação em saúde, por caracterizar como um SIS territorializado que fornece indicadores de morbidade, mortalidade e de serviços prestados à população de uma determinada área de abrangência (SILVA; LAPREGA 2005).

3.4 SIAB

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, estabelecendo um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a

promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde no intuito de desenvolver e estabelecer uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas nos determinantes e os fatores que afetam a saúde das pessoas que vivem na comunidade (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a AB tem como principal objetivo possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde. Neste nível de atenção, as práticas são desenvolvidas em uma área estrategicamente conhecida, sendo possível aos profissionais de Saúde devido à proximidade com a população conhecer com detalhe a história de vida das pessoas, como também sua relação com a comunidade onde moram, além de várias características do cotidiano em que vivem (BRASIL, 2013).

Os sistemas de atenção à saúde são criados a partir das necessidades de saúde da população. No Brasil, a AB exibe uma série de particularidades que caracteriza um cenário peculiar de ações, de forma que exige a mobilização e compromisso de todos os envolvidos, tanto os profissionais de saúde quanto a comunidade. Tendo a AB como principal compromisso, promover e organizar as redes de atenção à saúde favorecendo a consolidação de um sistema de saúde público universal, integral e de qualidade (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, nos últimos anos vem aumentando o crescimento em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde, em consequência da ampliação na oferta dos serviços de saúde e aumento dos gastos, com a implantação de novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças (FRIAS et al., 2010). E ainda, os serviços de saúde precisam estar sempre se antecipando para responder com eficiência às novas necessidades e problemas de saúde decorrente do processo de transição demográfica e epidemiológica (BRASIL, 2010).

Segundo Uchimura e Bosi (2002), é importante entender que o conceito de qualidade é relativo e complexo. E recebe influência do contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados. Então, a qualidade da atenção em saúde deve considerar as complexidades do sistema de saúde e da sociedade antes de analisar, pois estão sempre evoluindo. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade desejada.

Na busca de um novo modelo estrutural organizacional e na tentativa de consolidar os princípios do SUS, entra em cena no ano de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que atualmente é intitulado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Esse programa trouxe uma nova proposta de modelo assistencial, bem como uma nova maneira de como organizar os serviços de saúde em um determinado local, com uma comunidade definida, nos quais, os resultados positivos alcançados do seu processo de trabalho são frutos do trabalho da equipe de saúde em conjunto com a população. E buscou transformar o modelo de atenção à saúde adotada até então, que se baseia na visão biológica mecanicista e na atenção individual. Esse modelo biologicista trata o processo saúde doença não como problema coletivo, mas como individual de cada um, onde a solução do problema era de inteira responsabilidade do indivíduo, isentando a sociedade e Estado desse problema (FREITAS; PINTO, 2005).

A ESF busca novas práticas sanitárias para formulação de uma nova concepção guiada pelos princípios do SUS que são: equidade, descentralização, integralidade e participação popular, e traz também a necessidade de uma nova adequação dos conceitos de saúde, doença, população e práticas. Deixando claro que o que se busca nas práticas em saúde é não priorizar apenas as intervenções curativas, e sim ações que devem ser direcionadas a prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2009).

A ESF é uma estratégia que determina como prioridade vínculos e a criação de laços de compromisso de responsabilidade mútua entre equipe de saúde e população, em concordância com os princípios do SUS, dando ênfase às principais necessidades da comunidade. Cabe à equipe multidisciplinar o dever de ser composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, além de cumprir seu trabalho com responsabilidade sobre os indivíduos que trabalham ou moram um território coberto (FREITAS; PINTO, 2005).

Cada equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes (BRASIL, 2007).

Ao mesmo tempo em que ESF expandiu também houve o aumento das discussões sobre fatos inerentes a quantidade de dados gerados por estas equipes, houve então, a necessidade da criação de um sistema de informação que conseguisse organizar as informações desse nível de atendimento em saúde devido a sua alta complexidade (MARCOLINO; SCHOCI, 2010).

É nessa perspectiva, que o SIAB foi criado, na intenção de servir como suporte operacional e gerencial na coleta de dados da ESF, a fim de auxiliar os gestores, dinamizando o processo de tomada de decisões, além de ajudar nas escolhas das ações prioritárias dirigidas às populações estrategicamente escolhidas, baseando-se nas principais necessidades da mesma.

Também vale salientar que o SIAB fornece ainda indicadores sociodemográficos das áreas de abrangência da ESF aos gestores municipais (MARCOLINO; SCHOCI, 2010).

Os Sistemas de Informação em Saúde foram criados com intuito de organizar os serviços de saúde. Eles recebem influência elaborada de acordo como o modelo assistencial em vigência. O SIAB foi criado para servir de instrumento para gestão de sistemas locais de saúde, ou seja, municipais. É um sistema de informação que coleta dados que serve para construção de indicadores populacionais referentes a áreas de cobertura definidas (FREITAS; PINTO, 2005).

O SIAB criado para agrupar e processar as informações sobre a população acompanhada. Estas informações coletadas em fichas de cadastramento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

Os instrumentos de coleta de dados são:

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

São instrumentos de consolidação dos dados:

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

Nos relatórios os níveis de agregação correspondentes são indicados pelos números 1, 2, 3 e 4, ou seja: microárea (1), área (2), segmento (3) e município (4).

O agente comunitário de saúde (ACS) é um personagem muito importante no cenário implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Básica à Saúde da comunidade (BRASIL, 2009). Estima-se, que no Brasil cerca de 200 mil ACS estão na ativa, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade de vida das

peçoas, com ações de promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2009). O número ideal de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006).

O trabalho dos ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, pois se trata de um membro que está inserido na comunidade e naturalmente possui por ela, certo cuidado. Além disso, o ACS é profissional de saúde que está mais próximo da população, monitorando a comunidade e fornecendo informações importantes sobre os problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, como por exemplo: saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego e outros (BRASIL, 2009).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) utiliza os seguintes instrumentos do SIAB para o cadastramento das famílias (ficha A e relatórios A1, A2, A3 e A4); as fichas de acompanhamento de gestantes e das crianças (fichas B-GES e C); a ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações (ficha D); e os relatórios de situação de saúde e acompanhamento das famílias (relatórios SSA2 e SSA4). No acompanhamento dos hipertensos, diabéticos e os pacientes com tuberculose ou hanseníase pelos PACS, sugere-se a utilização das fichas B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN, respectivamente, instrumentos específicos de acompanhamento destes grupos (BRASIL, 2003).

O Relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área. O relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças ou de situações consideradas como marcadoras, por área (BRASIL, 2003).

3.5 E-SUS

O Departamento da Atenção Básica (DAB) na busca de melhorias na qualidade da assistência prestada nesse nível de atenção, iniciou um processo de avaliação e reformulação dos sistemas de informação da AB na pretensão de diminuir e auxiliar o processo de trabalho dos gestores. O produto dessa nova estratégia é o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), além de um novo software o e-SUS Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O SISAB propõe a integração e junção de todos os sistemas de informação da AB e um cadastro individual das informações de cada indivíduo. E cabe ao e-SUS ser o sistema utilizado

pelos profissionais de saúde para o cadastro das informações sobre a saúde dos cidadãos e consultas seus trabalhos.

Dessa forma, e-SUS Atenção Básica possibilitará o acompanhamento e avaliação do processo de trabalho da AB, além de auxiliar o MS nos incentivos financeiros aos profissionais ESF. Além disso, contribui para o fortalecimento dos processos de gestão e assistência aos usuários, agilizando a busca de informações epidemiológicas por território, colaborando para identificar os problemas inerentes da população de cada comunidade (BRASIL, 2013).

O DAB criou o e-SUS Atenção Básica para reestruturar as informações da atenção básica, juntamente com a proposta de reformulação nacional dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, compreendendo que a qualidade da assistência que é prestada a população depende diretamente da qualidade do trabalho desempenhado pelos gestores (BRASIL, 2013).

O sistema e-SUS Atenção Básica foi designado para apoiar os gestores e se apresenta de duas maneiras: a primeira trata-se do e-SUS Atenção Básica, que tem a finalidade de apoiar a equipe no cuidado da Atenção Básica, podendo ser utilizado também por outras equipes de outros serviços de saúde. A primeira versão do sistema serve de apoio ao processo de trabalho das equipes para geração de relatórios, já a segunda versão disponibiliza várias ferramentas de apoio para os gestores (BRASIL, 2013).

O e-SUS possibilitará uma diminuição significativa no trabalho na hora de coletar, inserir, gerir e utilizar as informações. Além de permitir que a captação dos dados, esteja incluída nas tarefas já desempenhadas pela equipe, e não sendo uma atividade realizada isoladamente (BRASIL, 2013).

Mas, o fator principal é que as informações seguintes estarão disponíveis de maneira fácil e acessível para apoiar a assistência feita pelos profissionais, sendo possível prestar a assistência à população embasada nas informações fornecidas pelo novo sistema (BRASIL, 2013).

A implantação deste novo sistema está ligada ao esforço do Ministério da Saúde de reorganizar a estrutura e modernizar os equipamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), inserindo microcomputadores e acesso à internet. A arquitetura flexível do novo sistema se adequa perfeitamente em vários cenários, e a partir das características encontradas na UBS, os gestores definiram qual será o sistema que deverá ser implantado: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Coleta de Dados Simplificada (CDS). É importante averiguar antecipadamente as tecnologias nas UBS, como por exemplo, número de microcomputadores, impressoras, conexão à internet, suporte técnico e outras características (BRASIL, 2013).

REFERENCIAL METODOLÓGICO

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este estudo utilizou como base metodológica o Materialismo Histórico e Dialético (MHD), uma vez que, qualquer conhecimento histórico necessita de uma revisão devido ao dinamismo evidenciado nas mudanças sociais. O MHD foi fundamentado no método dialético e suas bases foram também definidas por Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895) por volta do século XIX. Marx e Engels retiraram da dialética toda a característica idealista e a aplicaram sobre uma base de entendimento da realidade que parte da concepção materialista como referência para se analisar a sociedade TRIVIÑOS (2009).

De acordo com Gil (2008), a dialética municia as bases para compreensão dinâmica e da realidade em sua totalidade, já que institui que os acontecimentos sociais não podem ser entendidos enquanto isolados, retirados das influências políticas, econômicas, culturais, etc. Portanto, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, naturalmente se contrapõe a qualquer forma de pensamento em que a ordem quantitativa seja considerada padrão. Então, as pesquisas com embasamento no método dialético divergem bastante das pesquisas realizadas de acordo o método positivista, no qual o quantitativo é determinante.

Conforme Triviños (2009), o materialismo representou importante mudança na interpretação dos fenômenos sociais que antes, eram explicados por meio de concepções idealistas da sociedade humana. O materialismo histórico é a ciência filosófica marxista que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica dos acontecimentos e da vida social dos homens, no desenvolvimento da humanidade.

Para o materialismo histórico, os fatores econômicos, as condições materiais, são responsáveis pela explicação de todos fenômenos históricos e sociais, inclusive os conflitos das classes sociais, entendidos como precursores de vários problemas sociais. No materialismo histórico, a produção e a interação de seus produtos constituem a base estrutural da sociedade.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa. Segundo Prodanove e Freitas (2013), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Dentre os tipos de pesquisa, essa é que apresenta maior flexibilidade no projeto de formulação, processos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados normalmente não são utilizados nesse tipo de pesquisa.

As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma panorâmica, sobre um determinado assunto, geralmente quando a subjetividade é predominante. Normalmente, as pesquisas exploratórias constituem em sua fase inicial uma investigação mais ampla, com a finalidade entender, esclarecer e modificar conceitos e ideias quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e pesquisáveis sobre o tema (GIL, 2008).

No que se refere as pesquisas descritivas, Gil (2008) afirma que o objetivo principal desse tipo de pesquisa é descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Essas pesquisas descritivas visam descobrir a existência de ligação entre as variáveis, e algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, com o objetivo de determinar a natureza dessa relação.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), na abordagem qualitativa considera-se a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou, há ligação inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser representada numericamente.

E ainda relacionado às pesquisas qualitativas, de acordo com os autores supracitados, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é o cenário direto para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente.

Nessas pesquisas os dados coletados são descritivos, e retratam o maior número possível de elementos presentes na realidade estudada. A preocupação dos pesquisadores está voltada muito mais com o processo do que com o produto, pois seu significado é o foco principal dessa abordagem.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Nova Floresta, situado no Estado da Paraíba, localizado na Microrregião do Curimataú Ocidental. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010 sua população era estimada em 10.533 habitantes. Área territorial de 58,839 km².

A rede da Atenção Primária do referido município conta com quatro Unidades da ESF, denominadas ESF 1, ESF 2, ESF 3 e ESF 4, sendo todas localizadas na zona urbana do município. Após a aprovação legal pelo comitê de ética conforme resolução 466/2012 (APÊNDICE D), necessária à viabilização de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram convidados a participar da pesquisa, os técnicos administrativos responsáveis pela inserção das informações para o banco de dados do SIAB captadas nesse nível de atenção à saúde. A amostra foi composta por cinco técnicos que se dispuseram a participar da pesquisa, segundo os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Não foram incluídos na pesquisa os sujeitos que não se enquadraram no critério anterior, além dos que não se dispuseram a participar da pesquisa.

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos e em respeito à resolução supracitada os entrevistados foram identificados com a inicial “E”, seguido da ordem cronológica de sua entrevista.

4.4 INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para obtenção do material empírico, foi empregado um roteiro de entrevista semiestruturado dirigido aos sujeitos envolvidos na pesquisa, contendo oito perguntas subjetivas (APÊNDICE B). De modo que, através das respostas obtidas, foi possível identificar os limites e potencialidades da captação dos dados que alimentam o SIAB nesse município.

Segundo Gil (2008), essas entrevistas parcialmente estruturadas e de elaboração prévia, são relacionadas aos principais pontos de interesse do entrevistador. Além disso, seu aspecto flexível possibilita adaptações quando necessárias, no decorrer de sua entrevista.

4.5 ANALISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico foi realizada por meio da técnica de análise de discurso de Fiorin (2008), que é indicada nas pesquisas qualitativas, pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis dos sujeitos, relacionado à totalidade do contexto sócio-histórico, pois o indivíduo não fala o que pensa, mas o que a realidade impõe que ele pense e fale. O princípio básico da análise do discurso é, ao receber um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, reconhecer o nível mais abstrato (temático) que lhe dá coerência.

Após a coleta dos dados originados das entrevistas realizadas com os participantes houve identificação dos temas mais relevantes para a construção da categoria empírica, que foi confrontada e analisada mediante a literaturas adequadas para o tema.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi solicitado pelo pesquisador secundário a autorização para o desenvolvimento da pesquisa, através de requerimento, do Termo de Autorização Institucional solicitado ao Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES), membro da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da Universidade Federal de Campina Grande – campus Cuité, e também da Coordenadora da Atenção Básica do Município de Nova Floresta, para realização da pesquisa no referido município. Após a submissão da Folha de Rosto devidamente assinada pelo diretor do CES que foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para a devida avaliação e aprovação do projeto.

Para realização da pesquisa foi explicado aos participantes, os objetivos e finalidades do estudo, importância para o município e da sua participação voluntária, o caráter confidencial das informações, além de informações dos pesquisadores para possíveis esclarecimentos sobre o assunto. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme estabelece a resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com informações da pesquisa e dos pesquisadores envolvidos nesse estudo. Também foi garantido anonimato aos voluntários que participaram da pesquisa, bem como o direito de desistir em qualquer etapa não havendo prejuízo algum ao participante. Todas essas exigências foram acolhidas e respeitadas durante a

realização da pesquisa, como também todos os pré-requisitos de acordo com a Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata do Código de Ética Profissional.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DO MATERIAL EMPÍRICO

Após a aprovação do Comitê de Ética, sob o CAAE nº 31513814.1.0000.5575, foram iniciadas às atividades no mês de julho de 2014. O pesquisador secundário entrou em contato com Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da Atenção Básica do Município de Nova Floresta, para possibilitar o contato com participantes da pesquisa.

Aos participantes foi explicado, a importância de sua participação nesta pesquisa. Além de solicitar a permissão para gravação da entrevista, sendo lhes assegurado o seu anonimato e a opção de desistir da pesquisa em qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo. Em seguida, o entrevistado foi convidado à leitura do TCLE. Após a leitura, foi solicitada a assinatura do mesmo, em seguida iniciou-se à entrevista.

Para gravação dos discursos foi utilizado um aparelho MP3. As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, foi lhes apresentado o roteiro de entrevista semiestruturado previamente elaborado contendo oito perguntas subjetivas. Durante a entrevista o entrevistador solicitou algumas informações adicionais para esclarecer algumas dúvidas surgidas no decorrer da mesma. Logo após as entrevistas foram transcritas, e depois lidas exaustivamente, afim de identificar e abstrair categorias empíricas conforme sua similaridade.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segue abaixo o quadro destacando as categorias identificadas conforme a técnica de análise de discurso segundo Fiorin (2008).

Quadro 1 – Seleção das categorias de acordo com Fiorin.

CATEGORIA ANALÍTICA	
LIMITES E POTENCIALIDADES IDENTIFICADOS PELOS RECURSOS HUMANOS PARA O PREENCHIMENTO DO SIAB	
CATEGORIA EMPÍRICA	SUBCATEGORIA EMPÍRICA
1. Qualificação e capacitação dos recursos humanos na alimentação do sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento dos técnicos sobre o sistema de informação; ▪ Capacitações periódicas dos técnicos; responsáveis pela alimentação do sistema ▪ Capacitação dos agentes comunitários de saúde.
2. Acesso laboral ao sistema informatizado no âmbito local	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Local adequado para trabalho; ▪ Sistema informatizado adequado para o trabalho.
3. Cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficácia no envio das informações para o ministério da saúde; ▪ Histórico de cumprimento dos prazos estabelecidos pelo ministério da saúde.
4. Limitações internas do SIAB em relação à captação e à transmissão dos dados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas na transmissão das informações; ▪ Dificuldade na captação dos dados no âmbito local.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A fim de alcançar os objetivos da pesquisa, por meio da análise da categoria analítica, foram extraídas quatro categorias empíricas, conforme o quadro 1, oriundas das transcrições dos discursos dos entrevistados.

5.1 Qualificação e capacitação dos recursos humanos na alimentação do sistema.

Analisando os relatos dos entrevistados nessa categoria, sobre o seu conhecimento em relação ao Sistema de Informação da Atenção Básica, foi possível constatar que eles apresentam conhecimento semelhante, com certas distorções da real finalidade desse tipo de SI e sua importância para a população do município, o que foi evidenciado nas falas seguintes:

Eu, como técnico administrativo, tenho o conhecimento sobre os principais sistemas de informações do governo federal, principalmente o SIAB que é o sistema de informação da atenção básica, que é utilizado para o controle das atividades ambulatoriais por todos os gestores do sistema único de saúde, abarca uma enorme quantidade de informações de consultas e exames de pessoas que utilizam os sistema de saúde para controle e tratamento (E5).

[...] A finalidade do SIAB é consolidar os dados das unidades básicas de saúde da família, que são os atendimentos feitos pelos médicos, enfermeiros, atendimento da técnica de enfermagem, do dentista (E1).

[...] Sim, ele é importante porque é através do SIAB que a gente monitora todas as informações da saúde na atenção básica...a importância é além de você monitorar, é a questão dos recursos que estão atrelados à alimentação do SIAB (E3).

Vale salientar que o SIAB não serve apenas como mero indicador quantitativo de consultas e atendimentos, para assegurar recursos ou registrar ações individualizadas, como foi mencionado nas falas dos entrevistados. Esses discursos, revelam uma visão tecnicista e burocratizante da gestão em saúde, além de evidenciar a falta de compreensão da mais relevante finalidade do SIS, que consiste em um instrumento norteador para o processo de tomada de decisões, direcionando as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e as políticas públicas a serem planejadas e implementadas.

Segundo Figueiredo (2010), o preenchimento das fichas do SIAB e alimentação de seu banco de dados vai muito além de um simples processo de registro. Esse processo é entendido como o momento em que a equipe decodifica esses dados e os transforma em informação, de maneira que o SIAB, instrumento de estruturação para consolidar a APS, como modelo de assistência à saúde, sirva como articulador e possibilite o domínio e conhecimento das equipes sobre a realidade daquela localidade.

A autora ainda afirma que o SIAB também engloba informações geradas por vários outros sistemas de informação, e possui indicadores que possibilitam a caracterização da situação socioeconômica, sanitária, e do perfil epidemiológico da população local, além do

acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família, bem como as metas previamente estabelecidas, a serem realizadas.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada em São Paulo em uma equipe da ESF identificou que os profissionais tinham inúmeras dificuldades em relação ao SIAB, sendo que a maioria dos entrevistados referiu a falta de capacitação, como principal limitador. Outras pesquisas também evidenciam a falta de treinamentos dos profissionais sobre o SIAB nas equipes da ESF (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

O SIAB Foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e incorporado à sua formulação conceitos básicos como território, problema e responsabilidade sanitária, estabelecendo uma nova definição da produção e utilização das informações em saúde, desse modo, identificar os problemas locais de saúde e avaliar as intervenções; agilidade no uso das informações; produção de indicadores que organizem as ações de saúde na identificação de problemas, consolidação contínua da informação, a partir de níveis menos aglomerados para mais aglomerados (BRASIL, 2013).

Os relatórios do SIAB possibilitam que as equipes, gestores e população conheçam a realidade sócio sanitária da população para acompanhar a avaliação adequada dos serviços de saúde e melhorar a qualidade da assistência dos serviços prestados (BRASIL, 2013).

Com relação à capacitação periódica dos envolvidos na alimentação do SIAB, foi possível observar pelos relatos que a mesma ocorre de forma fragmentada, ou seja, apenas quando há uma necessidade devido a alguma mudança no sistema, na maneira como preencher as fichas, ou seja, são informações previamente estabelecidas pelo MS.

[...] Sim, secretaria estadual de saúde promove capacitações para os digitadores de acordo com as necessidades e mudanças que eventualmente possam surgir no sistema (E2).

[...] como o sistema tem as versões, as atualizações, a gente vai se atualizando nas próprias versões (*software*), e as próprias versões é que orientam (E4).

Segundo Cavalcante e Pinheiro (2012), as capacitações permanecem ligadas a esforços coletivos, quando há uma mobilização dos próprios profissionais para treinar os outros profissionais da equipe de saúde da família. Portanto, não há sistematização e nem continuidade.

Os autores afirmam ainda que essa limitação no processo de educação permanente, do serviço, está ligada à fragmentação causada pelos responsáveis do sistema, isso quando há esses profissionais. Esse fato expressa certa fragilidade do SIAB, pois não há uma instância

responsável, de modo contínuo, pelo processo de educação permanente ligado ao sistema, bem como não existe na equipe de saúde da família, algum profissional para promover a gestão da informação em saúde.

Então, percebe-se que a capacitação ocorre em um momento específico, e dificilmente existem atualizações. Então, só resta ao ACS e aos demais profissionais que o aprendizado sobre o SIAB ocorra mesmo no cotidiano de trabalho, com os demais membros da equipe de saúde. Existe apenas o curso introdutório, que é obrigatório, não havendo continuação do processo de capacitação para manuseio do sistema, nos fluxos e processos relacionados.

[...] Os agentes comunitários de saúde passam por uma capacitação, o introdutório né... quando eles iniciam suas atividades laborais, onde lá são capacitados para que estejam aptos a preencher as fichas do SIAB, no caso a ficha A e também a SSA2 com o enfermeiro (E1).

[...] Então assim eles não recebiam, mas como agora estamos mudando de SIAB para e-SUS eles estão recebendo uma capacitação de como trabalhar com o sistema novo (E3).

[...] Atualmente os técnicos administrativos da secretaria municipal recebem treinamentos periodicamente. [...] Periodicamente, assim, quando há uma mudança no sistema que precise inserir novos dados (E5).

O ACS tem um papel fundamental no processo de fortalecimento do SUS para a integração dos serviços de saúde da APS direcionados à comunidade. É a Lei nº 11.350/2006, que regulamenta o exercício da atividade profissional do ACS, estabelece suas atribuições e as diretrizes para o exercício da atividade, permitindo uma proposição qualitativa de suas ações e evidenciada num perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja na prevenção, pela mobilização dos recursos nas práticas sociais e promoção da vida e pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com Cavalcante e Pinheiro (2012), o Treinamento Introdutório em Saúde da Família que tem a finalidade de discutir os princípios e diretrizes do SUS e da ESF, conduz as equipes a organizar o início do seu processo de trabalho. Nesse treinamento, os ACS são capacitados para analisar a situação de saúde de sua área de abrangência por meio das fichas do SIAB que devem ser utilizadas para a identificar os problemas e potencialidades existentes.

O Curso tem a finalidade de capacitar os profissionais para compreensão do uso dos indicadores do SIAB e com o objetivo de monitorar e avaliar ações desenvolvidas, para que possam subsidiar o processo decisório da Unidade de Saúde da Família (USF). Nesse sentido, o reconhecimento do instrumento que o profissional vai utilizar em seu cotidiano de trabalho,

como o SIAB, institui como primeiro e indispensável conteúdo a ser apresentado aos ACS nesse curso, que os preparam para o início do seu trabalho na ESF, uma vez que na ausência dessa apresentação do instrumento de trabalho para o ACS implique num preenchimento inadequado e comprometido (PINTO, 2010).

A autora ainda aponta para a formulação de políticas de educação permanente capazes de capacitar enfermeiros e ACSs, no intuito de padronizar as práticas do PACS, que contribui na implementação do SUS, revertendo a assistência baseada na especialidade. Seu estudo aponta ainda que o referencial da Promoção da Saúde pode ser importante na viabilização do modelo assistencial à saúde. Há elementos teóricos para direcionar o trabalho dos ACSs sob a ótica de saúde mais ampla. Portanto, o trabalho do ACS deve ser entendido como algo específico e não como uma alternativa de baixo custo que amplie a cobertura de saúde.

5.2 Acesso laboral ao sistema informatizado no âmbito local.

No que concerne à categoria exposta, após analisar as falas dos entrevistados verificou-se que o município, apesar de suas limitações, dispõe de boas condições de infraestrutura para os envolvidos na alimentação SIAB e mesmo existindo alguns problemas, eles afirmam dispor de boas condições para desempenhar suas atividades laborais.

Na medida do possível no básico, no básico tem sim, agora dizer a você que é cem por cento não [...] falta cadeira adequada porque a gente sabe que o digitador tem essas necessidades [...] não é cem por cento, mas dentro do necessário tem (E4).

[...] Na secretaria municipal de saúde tem computadores, tem internet, a gente tem o local, e assim de acordo com os critérios que são estabelecidos pela secretaria estadual de saúde e ministério da saúde (E1).

[...] temos uma assessoria, é terceirizado, é um menino de Baraúnas a gente fez um contrato com ele para ele ficar dando esse suporte...a prefeitura é que paga [...] (E3).

Um estudo, realizado por Oliveira (2007), destinado a prevenção de doenças ocupacionais, afirma que bons exemplos de empresas e instituições que oferecem a seus funcionários melhorias das condições de trabalho, porém a maioria insistem em direcionar seus planejamentos visando o que os trabalhadores podem produzir, sem interesse na promoção da qualidade de vida dos trabalhadores.

Em relação a infraestrutura, sabe-se que a pouca informatização, não só nas unidades de saúde, mas também em muitas secretarias municipais, influencia o processo de avaliação da gestão dos serviços, sendo realizada de maneira não sistemática. Além disso, a falta de conhecimento do perfil sociodemográfico da população em relação à área de abrangência da unidade e do perfil de morbidade da demanda, contribui para uma avaliação negativa do desempenho de serviços e equipes de saúde. (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Desse modo, é consenso a necessidade de estimular o desenvolvimento de ferramentas próprias, especialmente aquelas de fácil manuseio pelas equipes de saúde, representando um fato positivo no preenchimento do espaço existente. Estas ferramentas imprimiriam maior especificidade no conhecimento das realidades locais, contribuindo para a definição de prioridades na alocação de recursos humanos, materiais e financeiros (HALMENSCHLAGER, 2012).

Os pequenos municípios várias vezes enfrentam dificuldades em relação à capacidade da gestão, além disso pode surgir outros problemas para adquirir recursos materiais e humanos que trabalhem no SIAB. Nesses municípios, geralmente os funcionários estatutários são os responsáveis pelo sistema, junto a diversas tarefas, de maneira que o aperfeiçoamento desses recursos humanos ajudaria no aproveitamento melhor dos dados do SIAB (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

Segundo Vidor, Fisher e Bordin (2011), em estudo realizado com pequenos municípios, após o envio de questionário referente à pesquisa, constataram que apesar de quase todos os municípios contarem com computador e internet, na maioria houve utilização de formas tradicionais de comunicação, como correio ou fax, para devolver os questionários preenchidos, esse fator sugere resistência à comunicação eletrônica ou fragilidade no acesso à internet.

E, ainda de acordo com os autores supracitados, tais fatores contribuem para que as informações demorem a retornar das instâncias centrais para as locais. Essa troca de informações poderia ser agilizada com o melhor aparelhamento dos municípios e o incentivo à utilização de meios de comunicação eletrônicos. Eliminando etapas intermediárias na digitação e consolidação dos dados, esse processo aumenta a confiabilidade dos dados, facilita a sua análise e otimiza a utilização de recursos humanos.

Ainda em relação às condições de trabalho, ficou evidenciado os esforços das instâncias locais para o bom funcionamento dos SIS, e do processo de trabalho dos responsáveis pela digitação dos dados no sistema, fato esse, confirmado nos subsequentes relatos dos entrevistados.

[...] Ai nesse caso tanto o prefeito como a secretária de saúde tem nos dado apoio suficiente e, em termos de trabalho, equipamento, de tudo que for preciso certo... mesmo que às vezes eles não entendam sobre o sistema, mas sempre nos ajudaram em tudo (E5).

[...] Sim, até a secretária oferece boas condições de trabalho, é tanto que atualmente foram adquiridos novos computadores (E2).

As autoridades de saúde locais iniciaram esforços que os direcionem a metas de atividades que elas devem empenhar para melhorar a saúde de sua população. Entretanto, é necessário equilibrar a vontade, viabilidade e custos, além de instituir prioridades. É necessário identificar quem serão os usuários da informação e o que precisamente eles precisam (MOTA, 2009).

Diante dos depoimentos dos entrevistados, foi possível constatar que os mesmos estão satisfeitos com o empenho dos dirigentes locais em relação às condições de trabalho, oferta de equipamentos adequados e manutenção necessária para que a execução do trabalho ocorra de forma satisfatória.

5.3 Cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Nesta categoria, os participantes relatam não haver problemas a respeito do cumprimento dos prazos no envio das bases de dados para as instâncias centrais, dentro do prazo estipulado pelo Ministério da Saúde, pois as Secretaria Municipal de Saúde (SMS) recebem os consolidados gerados na UBS em tempo hábil, sempre desempenhando essa tarefa com êxito. Isso ocorre devido a um controle interno de monitoramento da captação desses dados.

As datas são informadas com antecedência para as equipes de saúde, e, assim, a gente pede que eles façam com dois dias de antecedência... dois dias de antecedência... porque se houver algum problema no sistema, a gente não corre o risco de perder a data que o ministério determinou para enviar os dados (E2).

[...] Sempre eles efetuam suas tarefas dentro do prazo porque tem um calendário certo e tem o dia xis de trazer as informações, mas antigamente já houveram muitas questões que realmente não funcionavam como está funcionando hoje (E5).

[...] Até o presente momento, que eu saiba, não tivemos nenhum problema para enviar essas informações para o sistema (E4).

O Ministério da Saúde divulga portarias no início de cada ano, por meio do site do DATASUS, onde definem os prazos para envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, determinando o cronograma anual, bem como informações protocolares sobre atrasos no envio e atualizações das versões dos *softwares*, possibilitando uma boa organização local para o envio das informações, como podemos identificar nos seguintes relatos (BRASIL, 2013).

Em termo de SIAB a secretaria nunca passou por dificuldades, sempre eles estão informando tudo no dia certo, sempre chega no dia certo, a secretaria dá um prazo, se eu não me engano é todo dia quinze tem que está lá todas as informações [...] (E3).

[...] é como eu acabei de dizer a você, a gente tem sempre cuidado porque o recurso entra de acordo com a alimentação do sistema, e graças a Deus, até agora, a gente não teve nenhum prejuízo (E1).

Essa formalização exigida pelo SIS pode criar uma certa pressão que influencie a rotina dos profissionais de saúde na prática, sendo que essa pressão é oriunda da cobrança da produção exigida, das metas a serem alcançadas e a quantidade de dados que devem ser gerados pela UBS. Esse fator acaba fazendo com que os profissionais de saúde, além da sua função assistencial, trabalhem para gerar as informações que o SUS precisa para que os diferentes níveis de atenção à saúde possam organizar suas informações (THAINES, 2009).

O discurso subsequente revela que há uma certa pressão das instâncias superiores sobre os técnicos que enviam os dados. No município de Nova Floresta, os dados do SIAB ainda são enviados para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, após conferência, os enviam para o MS para compor a base do DATASUS.

[...] porque a gente tem esse prazo, se eles não inserirem não tem produção, e sem produção não tem recurso, aí elas tem o máximo cuidado, não! nunca tivemos problema, nunca atrasamos, sempre é informado na data correta porque eles fazem o calendário e a gente cumpre (E4).

Segundo Duarte, Tedesco e Parciannelo (2012) na maioria das vezes, o uso do SIAB, atem-se apenas à geração de registros mensais, e que dificilmente são utilizados pela equipe de saúde. O autor afirma ainda, que o sistema encontra-se hierarquizado obedecendo ordens do nível central, onde as equipes digitam e enviam para MS, muitas vezes sem fazer uma avaliação desses dados.

Todos os dados armazenados no SIAB são disponibilizados na internet via página do DATASUS. Um importante instrumento de auxílio ao planejamento e a gestão dos serviços públicos de saúde, mas, só logrará maiores êxitos quando utilizados de forma adequada. Trata-se de um repositório de informações que devem ser constantemente alimentados e atualizados, visto que o mesmo depende do planejamento dos serviços e ações desenvolvidas junto à população (MOTA, 2009).

5.4 Limitações internas do SIAB em relação à captação e transmissão dos dados.

Quando questionados sobre as limitações enfrentadas pelo município acerca da alimentação do SIAB, os entrevistados destacam como principal problema a conectividade com a internet no momento da transmissão dos dados para as instâncias superiores, demonstrando o cuidado no envio desses dados. Isso é um ponto positivo que demonstra o êxito da SMS em enviar esses dados para o Ministério da Saúde. Pode-se verificar esse fato nas falas dos entrevistados.

O problema mesmo que a gente tem é de transmissão desses dados, internet de má qualidade, assim que a gente fica lá e cai e tenta, é nessa questão mesmo de transmissão dos dados, ai tem a falta de uma boa internet, agora o ministério forneceu uma internet melhor, a gente agora aderiu a banda larga, duas unidades conseguiram essa banda larga, agora o município ainda não se adequou porque tem que trocar as fibras ópticas... um negócio assim sabe (E4).

[...] a gente até hoje não teve problema, sempre conseguiu mandar os dados no tempo certo, porque as equipes mandam as fichas para a gente no prazo certo.... Só quando há uma má conexão de internet que a gente tem dificuldade para enviar, se a conexão estiver boa conseguimos enviar o banco de dados, a não ser isso... tudo é enviado na hora certa e dentro do prazo certo (E3).

No entanto, esses relatos divergem com os problemas mais comuns indicados por outros estudos. Mota (2009) afirma que as principais dificuldades em relação ao SIAB se voltam para a não utilização totalizante desse sistema de informação em saúde. Que deixa de lado sua verdadeira finalidade a que foi proposto.

Isso é evidenciado por meio da postura assumida pelos municípios de pequeno porte como meros coletores de dados para as instâncias superiores, deixando aberta a questão de que talvez não são capazes de realizar uma análise situacional da saúde local para fazer o

planejamento das ações, e o devido controle social utilizando os dados produzidos por eles mesmos.

Os gestores de saúde em geral sabem que a TI pode e auxilia muito o trabalho, agiliza e o quantifica, mas não pensam nisto como prioridade para suas gestões. Com o advento do aumento de auditorias de contas, necessidade de cobrança correta aos prestadores de serviços, além de melhora no atendimento, é possível localizar algumas iniciativas de informatização em cidades brasileiras, mas estas são pouco divulgadas no meio científico (SANTOS, 2013).

Um dos maiores problemas no SIAB e em outros sistemas é sempre a falta de comunicação imediata, certo...entre o agente de saúde e a secretaria, as vezes quando acontece uma morte de criança menor de um ano ai dificilmente eles vão informar na hora certa, isso é um dos problemas né a falta de comunicação, agente de saúde, secretaria de saúde [...] (E2).

[...] a outra dificuldade é de estar sempre monitorando o ACS, para ele estar sempre visitando as famílias cadastradas e atualizando os dados dessas famílias... porque quando nasce uma criança ou morre uma criança menor de um ano ai eles têm que informar no SIAB urgentemente para que o sistema de investigação de epidemiologia entre em ação (E5).

O planejamento depende de diagnósticos concisos e sutis para elaboração de objetivos para a prática avaliativa. Assim, boas bases de informações são exigidas para bons diagnósticos. Os SIS são instrumentos indispensáveis e muito úteis no cumprimento das atribuições conferidas ao município no SUS pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde e gerência e execução dos serviços públicos de saúde (GERHARDT, 2011).

Dessa forma, justifica-se a necessidade de aumentar as discussões sobre a informação em saúde, dos sistemas de informação de alcance nacional e outras tecnologias nesse contexto. Além disso, os profissionais de saúde precisam ser preparados para entender e utilizar a informação para o planejamento assistencial na gestão dos serviços de saúde (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2012).

De maneira que o SIAB representa um instrumento de extrema importância para o monitoramento das ações realizadas pela ESF, sendo atribuído funções gestoras como coordenação, acompanhamento e avaliação, no monitoramento da atenção básica, instrumentalizando a gestão para promover e consolidar a função avaliativa nas três esferas de gestão do SUS (OLIVEIRA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto nesse estudo, foi possível realizar um balanço dos limites e potencialidades enfrentadas alimentação do bancos de dados do SIAB, assunto esse, bastante discutido na literatura, pois retrata uma realidade muito comum em vários municípios, em especial nos municípios de pequeno porte, por serem mais deficientes quando confrontados com novas tecnologias, sendo relevante na ampliação de conhecimentos na área da saúde para gestores, discentes de enfermagem, profissionais da saúde dando sua parcela de contribuição para a ampliação de discussões na busca de soluções que aprimorem esses SIS.

Nessa pesquisa verificou-se que o treinamento para o uso dos SIS é uma questão delicada, podendo influenciar na qualidade das informações geradas pelos SIS, também no planejamento de ações e políticas de informação em saúde à população assistida.

Com base nessa ideia, foi necessário conhecer a realidade relativa aos treinamentos recebidos pelos profissionais responsáveis pela coleta e registro das informações que alimentam as bases de dados do SIAB. Os dados coletados mostram que o treinamento é ministrado quando o profissional ingressa no sistema público de saúde. O treinamento é um ponto decisivo para a qualidade dos serviços prestados a qualquer segmento de atuação.

É indiscutível que a ESF é importante na realização do trabalho desses profissionais. Entretanto, muitos obstáculos são encontrados e a carência de pessoal, o excesso de trabalho, as altas metas de realização de procedimentos e atendimentos, o refazer o trabalho na coleta e no registro das informações e a subutilização das mesmas prejudicam o desenvolvimento de ações mais competentes e decisivas no âmbito da saúde pública.

Desse modo, é necessário que haja investimento tanto na educação permanente a todos os envolvidos na alimentação do SIAB visando novas discussões, como na análise de informações produzidas por esse SIS. Pois, percebemos que os recursos humanos estudados entendem, de acordo com suas falas, mesmo com limitações, a finalidade do SIAB da produção de informações geradas pela equipe, no diagnóstico situacional, porém, o uso ainda encontra-se limitado ao registro.

Foi possível notar que as informações disponibilizadas no SIAB pesquisadas nesse referido município parecem culminar na subutilização, uma vez que a prioridade para com essas informações, se resume a de captação e envio para os níveis centrais, e muitas vezes não são sequer trabalhadas na localidade, onde profissionais limitam-se apenas a efetuação de registros, sem refletir e propor ações para a saúde de suas respectivas localidades.

O e-SUS tem como proposta dinamizar e descentralizar esse processo, uma vez que o registro eletrônico dos eventos é registrado no instante em que os mesmos ocorrem possibilitando grandes avanços em todo o Sistema de Informação. Bons avanços foram dados pelo município nesse quesito, porém ainda existem inúmeras dificuldades no que se refere à infraestrutura tecnológica em saúde.

Sugerem-se estudos posteriores acerca da inserção de assuntos relativos à implantação do e-SUS nos municípios brasileiros, em especial em municípios de pequeno porte, devido à necessidade de realização constante de educação permanente que esclareça o bom usufruto dos dados e informações capazes de realizar uma análise situacional da saúde local para o planejamento das ações e devido controle social do município.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. de; ALENCAR, G. P.; SCHOEPS, D. Sistema de Informações sobre nascidos Vivos-Sinasc: uma avaliação de sua trajetória. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**, p. 11, 2009.

AZEVEDO, A. L. M.; BARBOSA, M. G. M.M.; SANTOS, J. S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB-resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 93-99, 2010.

AUDY, J. L. N.; ANDRADE, G. K.; CIDRAL, A. **Fundamentos de sistemas de informação**. Grupo A, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica da Saúde**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde**: produção e disseminação de informação sobre saúde no saúde. Brasil. Brasília, DF: MS 2009. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf>. Acesso em: 19 Dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2003. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 15 Dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2013. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>> Acesso em: 19 Dez. 2013.

BAZZOTTI, C.; GARCIA, E. A importância do sistema de informação gerencial para tomada de decisões. v. 203, p. 1-5. Cascavel, Paraná, 2007. Disponível em:< http://www.waltenomartins.com.br/sig_texto02.pdf> Acesso em: 19 Dez. 2013.

CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K. Capacitação para uso do sistema de informação da atenção básica: mantendo o status quo informacional. **Rev. de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

DUARTE, M. L. C.; TEDESCO, J. R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do Sistema de Informação na Estratégia Saúde da Família: Percepções dos Enfermeiros. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012.

FIGUEIREDO, L. A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. saúde colet. (Rio J.)**, v. 18, n. 3, 2010.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2008.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-siab1. **Rev. Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 547-54, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. Supl 1, p. 1221-32, 2011.

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

HALMENSCHLAGER, R. C. **A interoperacionalização de sistemas de informação em saúde: uma maneira para melhorar serviços públicos de saúde**. 2012.

LAUDON, K. C; LAUDON, J. P. **Sistemas de Informação Gerenciais: administrando a empresa digital**. 5ª Ed. São Paulo: Pearnon Prentice Hall, 2004.

LIMA, A. P.; CORRÊA, Á. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 121-127, 2012.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M.J. Informações em Saúde: **O uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família**. 2010.

MOTA, F. R. L. Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM, no estado de Alagoas. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 14, n. 3, p. 238-239, 2009.

O'BRIEN, J. A. **Sistemas de informação e as decisões gerenciais na era da internet**. Tradução de Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2002.

OLIVEIRA, D. C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, Q. C. et al. Sistema de informação da atenção básica - situação de saúde de um município de mato grosso. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 9, n. 1, p. 36-43, 2010.

OLIVEIRA, J. R. G. A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacionais. **Revista de Educação Física**, v. 139, p. 40-49, 2007.

PINTO, A. A. M. **As potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde: uma análise das suas ações no município de Marília -SP.** 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2 ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://docente.ifrn.edu.br/valcinetemacedo/disciplinas/metodologia-do-trabalho-cientifico/e-book-mtc>> Acesso em: 20 Ago. 2014.

QUEIROGA, R. M. et al. Aplicabilidade do Sistema de Informação da Atenção Básica no cotidiano de enfermeiros. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste -Rev. Rene**, v. 12, 2012.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 24-30, 2011.

REIS, J. C.; HENRIQUE, P.; BONATTO, S. J. **Proposta de metodologia para o desenvolvimento de um sistema de gestão para instituto de medicina legal.**

Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/anais/painel_planejamento/proposta_de_metodologia.pdf>. Acesso em: 20 Dez. 2013.

RODRIGUES FILHO, J.; LUDMER, G. Sistema de Informação: que ciência é essa. **Rev. de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, v. 2, n. 2, p. 151-166, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jistm/v2n2/04.pdf>>. Acesso em: 15 Jan. 2014.

SANTOS, A. R.; CONCEIÇÃO, A. L. A política de descentralização da saúde e suas interfaces escalares. **Scientia Plena**, v. 6, n. 5, 2010.

SANTOS, T. O. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão integrativa da literatura. 2013.

SANTOS, V. H. Sistema de informação da atenção básica (SIAB): análise do uso de um sistema de informação em saúde na cidade de Parnamirim - RN. **Monografia (Graduação em Biblioteconomia)** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/monografias/bitstream/1/191/1/ValdeteHS_Monografia.pdf>. Acesso em: 15 Jan. 2014.

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

THAINES, G. H. L. S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 466, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2009.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M. L. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 15 Jan. 2014.

APÊNDICES



APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
De acordo com a Resolução nº 466 de 13 de outubro de 2012
Do Conselho nacional de Saúde.**

Título do Estudo: “Limites e potencialidades no preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB em um pequeno município Paraibano.”

Eu, Reinaldo Rizemberg Claudino da Silva, pesquisador secundário, aluno matriculado regularmente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, sob a orientação da pesquisadora principal Luciana Dantas Farias de Andrade, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **“Limites e Potencialidades no Preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB em um pequeno município paraibano”** do nordeste brasileiro.

A decisão de participar ou não desse estudo é inteiramente pessoal. Caso decida desistir do estudo, você terá o direito de fazê-lo a qualquer momento e por qualquer motivo. Sua decisão NÃO resultará em qualquer penalidade.

As informações que o(a) senhor(a) nos fornece serão utilizadas apenas para este estudo. Seus dados relativos a esta pesquisa são confidenciais. Seu nome ou outras informações de identificação pessoal não serão usados em nenhum relato, nem publicações que venham a resultar deste estudo. O(a) senhor(a) não será pago(a) por sua participação nesse estudo, e nada lhe será cobrado.

Durante o estudo, se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pelo CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) dado às especificidades da interface eletrônica da Plataforma Brasil.

E se o(a) senhor(a), ainda durante o estudo, tiver alguma dúvida ou se você quiser qualquer esclarecimento adicional ao protocolo, queira, por favor, entrar em contato com o investigador principal do estudo: Luciana Dantas Farias de Andrade, pelo telefone (83) 9921-5477 ou no endereço: Rua José Cassemiro Dantas, 342/Casa 07, Novo Retiro, CEP: 58175-000, na cidade de Cuité-PB.

Não assine este formulário de consentimento a menos que você tenha tido a oportunidade de fazer todas as perguntas e ter esclarecido todas as suas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, li as informações fornecidas neste formulário de consentimento. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas elas me foram respondidas satisfatoriamente. Não estou ciente de quaisquer condições médicas que eu tenha, que tornariam minha participação excepcionalmente perigosa. Assino voluntariamente este consentimento informado, que denota minha concordância em participar deste estudo, até que eu decida em contrário. Não estou renunciando a nenhum de meus direitos legais ao assinar este consentimento.

Após assinado, uma cópia deste documento ficará comigo e outra ficará com o pesquisador. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar de presente Pesquisa.

Pesquisador(a) secundário

Data

Assinatura do pesquisador(a) principal

Data

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1. Você tem conhecimento sobre o que é o SIAB, qual sua finalidade principal e importância para o município?
2. Os Técnicos encarregados da digitação do SIAB receberam ou recebem algum treinamento de como proceder para o preenchimento do SIAB?
3. Os Agentes Comentários de Saúde são capacitados para que efetuem o preenchimento correto das fichas do SIAB nas quais são responsáveis?
4. Há alguém encarregado pela instalação e atualização do *software* do SIAB nos computadores da secretaria municipal? Caso não tenha, quem desempenha esse papel?
5. A secretaria municipal de saúde oferece condições de infraestrutura (computadores, internet, escritório) adequadas para que você possa desempenhar seu trabalho?
6. As equipes da Estratégia Saúde da Família do município colaboram com o envio dos consolidados para que possam ser inseridos no SIAB dentro do prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde?
7. A transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde para o município, que depende da apresentação da produção do SIAB, tem enfrentado ou já enfrentou algum problema, que prejudica ou prejudicou o repasse desse recurso?
8. Na sua opinião, quais são os principais problemas enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde no envio das informações necessárias ao banco de dados do SIAB?

ANEXOS

ANEXO A

Termo Institucional (Externo)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA FLORESTA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr.

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta em seu *campus*, atualmente, com sete Cursos de Bacharelado/Graduação ou Licenciatura, dentre eles o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, Eu, **Reinaldo Rizemberg Claudino da Silva**, pesquisador secundário, aluno matriculado regularmente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, sob a orientação da pesquisadora principal **Luciana Dantas Farias de Andrade**, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Limites e potencialidades no preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB em um pequeno município paraibano” com os técnicos administrativos responsáveis pelo preenchimento do SIAB no município de Nova Floresta - PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso à realização da coleta de dados nessa instituição.

Salientamos que os materiais coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza da reflexão ao pleito, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 12 de março de 2014.

Luciana Dantas Farias de Andrade
Professora UFCG/CES-SIAPE 1617082
Enfermeira COREN-PB 141550

Mrs. Luciana F. Lima Costa

(Coordenador(a) Municipal da Atenção Básica)

(Pesquisador(a) Principal)

Reinaldo Rizemberg Claudino da Silva

(Pesquisador(a) Secundário)

ANEXO B

Termo Institucional (Interno)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr.


O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta em seu *campus*, atualmente, com sete Cursos de Bacharelado/Graduação, dentre eles o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, Eu, Reinaldo Rizemberg Claudino da Silva, pesquisador secundário, aluno matriculado regularmente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, sob a orientação da pesquisadora principal Luciana Dantas Farias de Andrade, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Limites e potencialidades no preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB em um pequeno município paraibano” junto aos técnicos administrativos responsáveis pelo preenchimento do SIAB no município de Nova Floresta - PB.

Desta forma, solicito sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso à realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

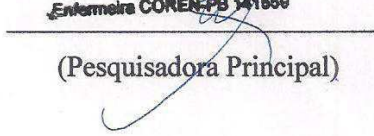
Salientamos que os materiais coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza da reflexão ao pleito, agradeço antecipadamente.

Cuité, 12 de março de 2014.


 **Ramilton Merinho Costa**
 Diretor do CES
 Mat. SIAB 337298

(Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG)


Luciana Dantas Farias de Andrade
 Professora UFCG/CES-SIAPE 1617082
 Enfermeira COREN-PB 141659

(Pesquisadora Principal)

ANEXO C

Termo de Compromisso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Título do Estudo: "Limites e potencialidades no preenchimento do Sistema de Informação da
Atenção Básica - SIAB em um pequeno município paraibano"

Eu, **Luciana Dantas Farias de Andrade**, Enfermeira, Doutora em Psicologia, Professora efetiva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, portadora do RG: 2504778 SSP-PB ratifico o cumprimento dos itens da Resolução 466/12 CNS (Conselho Nacional de Saúde), que dispõe sobre os aspectos legais no tocante às pesquisas que envolvem Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que posso sofrer se infringir qualquer um dos itens da Resolução citada.

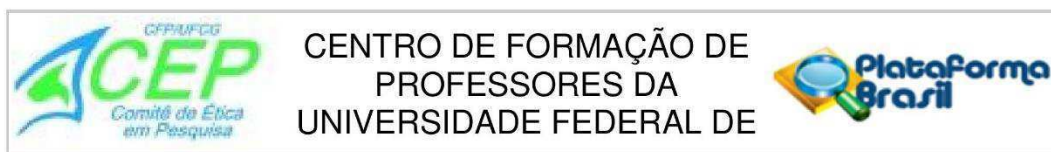
Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité 28 de Março de 2014.

Luciana Dantas Farias de Andrade
Professora UFCG/CES-SIAPE 1817082
Enfermeira CIBEN-PB 141659

Pesquisador(a) Responsável

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Limites e potencialidades do preenchimento no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB em um pequeno município paraibano

Pesquisador: Luciana Dantas Farias de Andrade

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31513814.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 688.666

Data da Relatoria: 10/06/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do tipo exploratória, com abordagem qualitativa. Será desenvolvida com os técnicos administrativos que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Nova Floresta-PB, que são encarregados pela transmissão das informações contidas nas fichas e relatórios para o banco de dados do SIAB, na intenção de averiguar a qualidade das informações captadas, desde o primeiro momento da coleta pelo ACS, passando pela equipe de saúde, até chegar ao técnico administrativo para serem introduzidas no sistema.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os limites e potencialidades vivenciados pelos profissionais que preenchem o SIAB em um pequeno município paraibano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa está estruturado conforme recomendações do CEP/UFMG e CONEP/CNS/MS, apresentando elementos introdutórios que permitem compreender a temática e os objetivos do projeto. A fundamentação teórica está coerente, e a metodologia está articulada com os objetivos. O estudo proposto é importante no âmbito da saúde.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

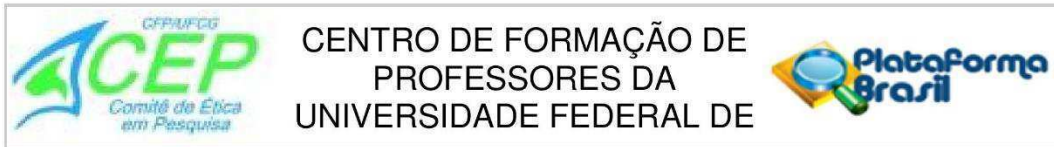
Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 688.666

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No projeto foram Considerando os aspectos éticos conforme recomendado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS na realização de pesquisa envolvendo seres humanos, o TCLE do Projeto em discussão está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Reorganizar a referência bibliográfica, ou seja, colocar na ordem alfabética. No Apêndice B - Orçamento, corrigir o erro de digitação, isto é, substituir "encadeamento" por encadernação.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o estudo poderá contribuir para a compreensão dos principais problemas enfrentados no preenchimento do SIAB pelos técnicos administrativos na Secretaria Municipal de Saúde, bem como a realização da produção da informação situacional da população pelos profissionais das equipes da ESF do município de Nova Floresta-PB; Considerando que há coerência teórica e metodológica que embasa a proposta, como também a observância dos aspectos éticos no projeto, sou de parecer favorável à aprovação, salvo melhor juízo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

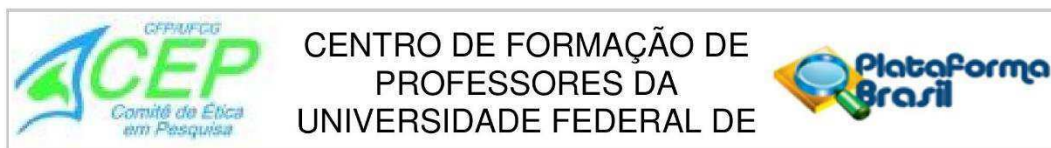
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 16 de Junho de 2014.

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 688.666

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br