

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: MESTRADO
Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde

JANAÍNA DE SOUZA MARCOLINO

INFORMAÇÕES EM SAÚDE: O USO DO SIAB PELOS PROFISSIONAIS
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MARINGÁ
2008

JANAINA SOUZA MARCOLINO

INFORMAÇÕES EM SAÚDE: O USO DO SIAB PELOS PROFISSIONAIS
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada por Janaína de Souza Marcolino, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.: Maria José Scochi

MARINGÁ

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Bibliotecária responsável Deise Aparecida de Oliveira – CRB9/929)

Marcolino, Janaina de Souza

M321i Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das
equipes de saúde da família. Janaina de Souza Marcolino. –
Maringá : [s.n.], 2008.

86 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Scochi

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

1. Sistema de Informação. 2. Programa Saúde da Família. 3.
Atenção Primária. I.Universidade Estadual de Maringá. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. II. Título.

JANAÍNA DE SOUZA MARCOLINO

INFORMAÇÕES EM SAÚDE: O USO DO SIAB PELOS PROFISSIONAIS
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Maria José Scochi (Orientadora) – UEM

Profª. Drª. Wladithe O. de Carvalho - UEL

Profª. Drª. Marina Peduzzi – USP/ São Paulo

Aprovado em 19 de dezembro de 2008

Dedico este trabalho aos meus pais Goret e Luiz Carlos, com amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus familiares que me incentivaram ao longo destes anos, em especial pela dedicação e apoio em todos os momentos difíceis.

Às grandes *Magistras* Maria José Scochi e Wladithe Organ de Carvalho, que contribuíram, substancialmente, para meu desenvolvimento desde minha graduação, com constante incentivo e indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade. Pela confiança depositada, mais uma vez, nesta dissertação, tendo em vista terem participado de meu percurso como acadêmica e como profissional, que se desdobraram na semente deste trabalho.

À Secretaria de Saúde do município de Maringá-PR, às diretoras das Unidades Básicas de Saúde e principalmente aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A todos os professores que, ao longo de minha vida, fizeram parte de meu crescimento intelectual e me incentivaram na busca do conhecimento.

As amigas Christiane, Elimaida, Kelen, pela convivência, apoio e incentivo, as colegas de pós-graduação especialmente Marli, Fernanda, Geisa e Jéssica.

Enfim, agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação, dando-me força, e, sobretudo, ajudando no enfrentamento dos percalços que se passa durante a vida.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

MARCOLINO, Janaína de Souza. **Informação em saúde: o uso do SIAB** pelos profissionais das equipes de saúde da família. 2008. f. 86 Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como um modelo de reorientação assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A ESF é um projeto dinamizador, condicionado pela evolução histórica e de organização do sistema de saúde no Brasil e tem provocado um movimento importante com o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde, visando racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e resultados positivos nos principais indicadores de saúde. A expansão acentuada das equipes da Estratégia Saúde da Família e a discussão das questões relacionadas ao montante de dados coletados impulsionaram a necessidade da criação de um sistema de informação que contemplasse a complexidade da organização da atenção básica. Para isto, em 1998 foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB foi desenvolvido com o propósito de gerar informações, auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias, pois disponibiliza um conjunto de informações às equipes de saúde da família, coordenadores e gestores locais de saúde, além de apoiar a eleição de ações prioritárias dirigidas às comunidades específicas e baseadas nas necessidades da população. Esta pesquisa teve como objetivo investigar o uso do SIAB pelos profissionais de Equipes de Saúde da Família, caracterizar os profissionais, identificar dificuldades e facilidades na utilização do sistema, verificar frequência e finalidade da utilização, e ainda, identificar a capacitação dos trabalhadores o uso do sistema. Foi aplicado um questionário a 75 profissionais de 10 equipes, e cinco delas equipes foram observadas, uma semana cada equipe de abril a junho de 2008. Sessenta e dois trabalhadores (82,7%) eram do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 31 a 50 anos (66,7%). O tempo de atuação na ESF foi maior ou igual a dois anos para sessenta e sete dos profissionais

(89,3%) e o tempo na EESF foi igual ou superior a dois anos para sessenta e um profissionais (81,3%). Definiram o SIAB, como “banco de dados” 47 dos 75 respondentes. Em relação à capacitação a maior parte dos respondentes assinalou que esta ocorreu no próprio local de trabalho (65%), 15% relataram ter recebido capacitação pela Secretaria de Saúde do Município (SESA) e 20% assinalou que não receberam capacitação. A finalidade para o uso do SIAB para a maioria dos profissionais é para cadastro das famílias e relatórios. Quando indagados se existe dificuldade para operacionalizar o SIAB, 34,6% assinalaram afirmativamente. Para 52% dos trabalhadores existe espaço para discussão, e 49% informaram que participam desta discussão. Ainda, para 57% dos profissionais o SIAB é um sistema capaz de gerar informações para caracterização da população atendida. Constatou-se que as Equipes de Saúde da Família que participaram do estudo não têm utilizado as informações obtidas com o SIAB, para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas, perdendo desta forma a oportunidade de utilização das informações para um atendimento voltado para as necessidades locais.

Palavras-chave: Sistema de Informação. Programa Saúde da Família. Atenção Primária.

MARCOLINO, Janaína de Souza. **Information in health care: the use of SIAB by the professional teams of family health p.86.** Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Maria José Scochi. Maringá, 2008

ABSTRACT

Family Health Care Strategy (*ESF*) has been adopted as a model of care re-orientation, operating by the establishment of the multi-professional teams in basic health care units. These teams are in charge of following the precise number of families dwelling in a given geographic area. *ESF* is a dynamic project that has been conditioned by the historical evolution and the organization of the Brazilian health care system. It has promoted an important movement in an effort to reorder the health care model aiming at reasoning in the use of other care levels with positive results in main health care measures. The remarkable expansion of *ESF* and the discussion of issues related to the amount of the collected data stimulated the need for designing an information system that embraced the complex organization of basic health care. So, in 1998, the Basic Health Care Information System (*SIAB*) was founded. *SIAB* was developed in order to bring in information, help and facilitate the decision-making process related to a single person and families since it makes a set of information available for the family health care teams, coordinators and local health care managers, besides supporting the election of priority actions addressed to some particular communities, and based on the needs of these populations. This research aimed at investigating the use of *SIAB* by the professional teams of the Family Health Care as well as characterizing these professionals by identifying the difficulties and advantages they find in the use of this system, frequency and purpose of its use, and moreover, examining the staff's qualifications for its use. A questionnaire was applied to 75 professionals belonging to 10 teams. Besides, 5 of these teams were observed in 5 weeks, one week each. In the obtained results concerning the characterization of these professionals, 82,7% was females at the ages of 31 and 50 (66,7%); 89,3% of these professionals reported that their work length in *ESF* was longer or the same as 2 years, and 81,3% working in *EESF* was the same or longer than 2 years. Out of the 75 interviewees, 47 defined *SIAB* as a

“database”. Regarding their qualifications, most of them answered that they had been previously qualified in their workplace (65%); 15% reported that they had been qualified by the Municipal Health Secretary (*SESA*), and 20% said that they had never been qualified. For most of them, the purpose of the use of *SIAB* by these professionals is to register families and reports. When they were asked about any possible difficulties in managing *SIAB*, 34% was assertive and 52% said that there is available time for discussion, and 49% of them takes part in it. Furthermore, 57% of these professionals said that *SIAB* is a system that is able to bring in information to describe the assisted populations. It showed as evidence that the Family Health Care teams that participated in this research have not used the available information for planning or assessing their health care services, and so, they have missed the opportunity of using the available information for health care local needs.

Key words: Information System. Family Health Care Program. Primary Care.

MARCOLINO, Janaína de Souza. **Información en salud: el uso del SIAB por los profesionales de los equipos de salud de la familia.** f.86 Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Orientadora: Maria José Scochi. Maringá, 2008.

RESUMEN

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) fue adoptada como un modelo de reorientación asistencial, operacionalizada mediante la implantación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud. Estos equipos son responsables por el acompañamiento de un número definido de familias, localizadas en un área geográfica delimitada. La ESF es un proyecto dinamizador, condicionado por la evolución histórica y de organización del sistema de salud en Brasil y ha provocado un movimiento importante con el objetivo de reordenar el modelo de atención a la salud pretendiendo racionalidad en la utilización de los demás niveles asistenciales con resultados positivos en los principales indicadores de salud. La expansión acentuada de la ESF y la discusión de las cuestiones relacionadas al montante de datos recogidos impulsaron la necesidad de la creación de un sistema de información que obsequiase la complejidad de la organización de la atención básica. Para esto, en 1998 fue creado el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB). El SIAB fue desarrollado con el propósito de generar informaciones, auxiliar y agilizar el proceso de toma de decisiones referentes a los individuos y familias, pues dispone un conjunto de informaciones a los equipos de salud de la familia, coordinadores y gestores locales de salud, además de apoyar la elección de acciones prioritarias dirigidas a las comunidades específicas y basadas en las necesidades de esta población. Esta investigación tuvo como objetivo averiguar el uso del SIAB por los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia, así como realizar caracterización de los profesionales, identificando dificultades y facilidades en la utilización del sistema, frecuencia y finalidad de la utilización, y aun, verificar la capacitación de los trabajadores para su uso. Fue aplicado un cuestionario a 75 profesionales de 10 equipos, además de eso, cinco de estos equipos fueron observados por el período de cinco semanas, una semana cada Equipo. Los resultados encontrados con relación a la caracterización de los profesionales, 82,7%

era del sexo femenino, con franja de edad predominante entre 31 a 50 años (66.7%). El tiempo de actuación en la ESF fue mayor o igual a dos años para 89,3% de los profesionales y el tiempo en la EESF fue igual o superior a dos años para 81,3% de los profesionales. Definieron el SIAB, como “banco de datos” 47 de los 75 respondientes. Con relación a la capacitación, la mayor parte de los respondientes señaló haber recibido capacitación en el propio servicio (65%), 15% relató haber recibido capacitación por la Secretaria de Salud del Municipio (SESA) y 20% nunca recibieron capacitación. La finalidad para la cual los profesionales utilizan el SIAB es para catastro de las familias e informes, como señalado por la mayor parte de los profesionales. Cuando indagados si existe dificultad para operacionalizar el SIAB, 34,6% señalaron afirmativamente y 52% de los trabajadores afirmaron que existe espacio para discusión, siendo que 49% de los trabajadores participan de esta discusión. Aun, para 57% de los profesionales el SIAB es un sistema capaz de generar informaciones para caracterización de la población atendida. Se constata que los Equipos de Salud de la Familia que participaron del estudio no han utilizado tales informaciones para planeamiento y evaluación de las acciones desarrolladas, perdiendo de esta forma la oportunidad de utilización de las informaciones para una atención vuelta para las necesidades locales.

Palabras clave: Sistema de Información. Programa Salud de la Familia. Atención Primaria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa	Localização dos núcleos integrados de saúde (NIS) – Maringá-PR, 2008.....	331
1		
Tabela	Distribuição percentual dos profissionais que atuam na ESF de acordo com categoria profissional, sexo, idade, tempo de atuação na ESF, tempo de atuação na EESF – Maringá-PR, 2008.....	337
1		
Tabela	Tempo de formação profissional e área de Pós-graduação dos enfermeiros e médicos das EESF.....	440
2		
Tabela	Distribuição percentual dos auxiliares de enfermagem e ACS segundo escolaridade -Maringá-PR, 2008.....	441
3		
Tabela	Distribuição percentual das resposta segundo definição do SIAB pelos profissionais das EESF - Maringá-PR, 2008.....	442
4		
Gráfico	Distribuição percentual dos profissionais das EESF em relação a capacitação para uso do SIAB - Maringá-PR, 2008.....	445
1		
Tabela	Distribuição percentual da freqüência de utilização das fichas do SIAB pelos profissionais das EESF – Marngá-PR, 2008	448
5		
Gráfico	Distribuição em número absoluto em relação à dificuldade de utilização das fichas do SIAB - Maringá-PR, 2008.....	554
2		
Tabela	Distribuição percentual dos profissionais das EESF para utilização e freqüência de uso do Software do SIAB - Maringá-PR, 2008.....	557
6		
Gráfico	Distribuição percentual da opinião dos profissionais das EESF, quanto à importância das informações geradas pelo SIAB para caracterização da população em sua área de abrangência-Maringá-PR, 2008.....	558
3		

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação da Melhoria da Qualidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CECAPS	Centro de Capacitação Permanente em Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
EESF	Equipes de Saúde da Família
ESB	Equipes Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
NOB	Normas Operacionais Básicas
NIS	Núcleos Integrados de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SESA	Secretaria de Saúde do Município
SI	Sistema de Informação
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIPACS	Sistema de Informação do PACS
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SNVE	Sistema de Notificação de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	17
1.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
1.3	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – CONSEPÇÕES E DESAFIOS.....	21
1.4	O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB.....	24
1.4.1	Instrumentos de coleta de dados	25
2	OBJETIVOS	28
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3	PERCURSO METODOLÓGICO	29
3.1	A CIDADE DE MARINGÁ E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
3.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	32
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EESF.....	37
4.2	O SIAB PARA OS PROFISSIONAIS.....	41
4.3	CAPACITAÇÃO PARA O USO DO SIAB.....	45
4.4	CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DAS FICHAS DO SIAB.....	47
4.5	DIFICULDADES PARA PREENCHIMENTO DAS FICHAS DO SIAB.....	53

4.6	UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE SIAB PELOS PROFISSIONAIS DA ESF.....	5
4.7	ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM GRUPOS DE ATENDIMENTO PRIORITÁRIO	59
4.8	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO SIAB PARA LOCALIZAÇÃO ESPACIAL DOS AGRAVOS DE SAÚDE: O USO DO MAPA PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA.....	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES.....	73
	ANEXOS.....	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde no mundo, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, empreendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata no ano de 1978, repercutiu sobre os países, promovendo a implantação de programas de atenção primária para populações específicas.

Esta conferência consolidou o processo de questionamentos, aos modelos verticais de intervenção propostos pela OMS, no combate de endemias nos países em desenvolvimento, especialmente na África e América Latina, e do modelo médico hegemônico intervencionista e especializado (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2008).

Desde então, foi adotado um conjunto de princípios para construção das bases da atenção primária dos serviços de saúde, propondo que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser norteados por valores de dignidade humana, direcionados a promoção e proteção à saúde, entre outros (STARFIELD, 2002).

De acordo com Mendes (2001), existem três interpretações importantes a serem consideradas na atenção primária à saúde. A primeira refere-se à atenção primária à saúde como seletiva, seguida pela atenção primária como elemento primário do sistema de serviços de saúde e pela atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Estas três decodificações da atenção podem ser encontradas em diversos países e, até mesmo, conviver dentro de um país.

A interpretação da atenção primária como atenção primária seletiva diz respeito a programas destinados a populações e regiões pobres, para as quais se oferta um conjunto de tecnologias de baixo custo, providas por pessoal com pouca qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986 apud MENDES, 2001).

A atenção primária como nível primário, pode ser entendida como a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, enfatizando a função resolutiva desses

serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, de forma que minimize os custos econômicos e que satisfaçam as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (MENDES, 2001).

Ainda de acordo com o autor, a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é vista como uma forma de recombinação, reorganizar e reordenar os recursos do sistema como um todo para satisfazer às necessidades da população, implicando na articulação da atenção básica à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

1.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A reorganização dos serviços básicos de saúde fez parte do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que a partir da década de 1970, vem passando por um processo de democratização, em um movimento sanitário envolvendo profissionais de saúde, universidades, entre outros, defendendo a unificação do sistema de saúde, com ênfase aos cuidados primários (SCOREL, 1999 apud MENDONÇA; GIOVANELLA, 2008).

Neste contexto, foram estabelecidos fundamentos que orientaram a inscrição da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado. Na Constituição Federativa de 1988, art. 196, tal preceito deve ser garantido mediante políticas sociais, econômicas e ações que visem à redução de riscos de doença e outros agravos, além do acesso universal e igualitário para promoção, proteção e recuperação à saúde (BRASIL, 2004a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Para dar materialidade a esta política de saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), definido no artigo 4 da Lei 8080/90 como um “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990). As bases legais para regulamentação e organização do SUS foram as leis 8080/90 e 8142/90 que estabelecem as diretrizes gerais deste sistema (BRASIL, 2004a).

É necessário reforçar que o conjunto destas diretrizes e principalmente o princípio da equidade em saúde, permitiu que na construção do SUS pudessem ser definidas estruturas voltadas para oferecer atenção integral à população e a garantia

de que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços conforme as necessidades (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2008).

Na década de 1990, percebeu-se a necessidade da transferência de um maior nível de autonomia local, estando à responsabilidade da atenção na esfera municipal, o que exigiu rever a lógica da “assistência básica” organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2008).

Para isto, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como um modelo de reorientação assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias aponta para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2004b).

A implantação das equipes de saúde da família ocorreu no Brasil no ano de 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o ano internacional da família, e tem sido considerado o marco oficial do cuidado profissional de saúde à família em atenção primária (BRASIL, 2004c).

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e de organização do sistema de saúde no Brasil. A Saúde da Família, entendida como eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um movimento importante com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. Os eixos desta estratégia sustentam-se no estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre usuários e profissionais de saúde, sendo a família, o objeto primordial de atenção no ambiente em que vive (BRASIL, 2007a; SILVA; DALMASO, 2002).

As Equipes de Saúde da Família (EESF) ¹ são formadas, basicamente, pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tais equipes têm como objetivo central a prestação de

¹ A pesquisadora adotou a sigla EESF para Equipe Saúde da Família, como forma de distinção da sigla ESF (Estratégia Saúde da Família).

assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para isto, é necessário que exista abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações, organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Entretanto, existem dificuldades acerca da implantação da ESF em grandes centros, decorrentes principalmente do padrão de desenvolvimento urbano e do acentuado processo de favelização, com a necessidade de ações inter-setoriais sinérgicas face às situações de extrema precariedade. A essas situações se somariam problemas setoriais pela existência de sistemas municipais com padrões indesejados de eficácia e sustentabilidade na gestão e problemas de financiamento decorrentes da política de repasses, com a violência urbana repercutindo no cotidiano e na rotatividade das equipes (CONILL, 2008).

Recentemente, houve uma revisão das diretrizes e normas para organização da atenção básica no Brasil. A Portaria Ministerial nº 648/GM de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006a).

Esta portaria reafirma alguns princípios já discutidos e define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, voltado para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Além disso, é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006a).

Indica-se que a atenção básica se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, reforçando-se que este deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006a). A Estratégia Saúde da Família, inicialmente discutida como um programa passa a ser

considerada como estratégia de reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo às práticas convencionais (CONILL, 2008).

No Estado do Paraná, a Estratégia Saúde da Família teve início em 1994 com a implantação de quatro EESF. A partir do ano de 1998, com a criação do incentivo financeiro para estimular a adesão de municípios com mais de 100.000 habitantes a este modelo de atenção, observa-se expansão do número de equipes qualificadas, 189 para 658 ESF em 219 municípios no ano de 2000. Em 2007 o Estado já contava com a atuação de 1.563 ESF, 640 Equipes de Saúde Bucal Modalidade 1²; 352 Equipes de Saúde Bucal Modalidade 2³, distribuídas em 373 dos 395 municípios (PARANÁ, 2008).

O Estado do Paraná acompanhou o movimento nacional de expansão da ESF, também verificado por Conill (2008), apontando que no ano de 2004 havia nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul as maiores proporções de população coberta por esta estratégia. Afirma ainda, que de 1998 a 2004, houve expansão importante em todas as regiões, mas com cobertura maior nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo.

A expansão acentuada da ESF e a discussão das questões relacionadas ao montante de dados coletados, impulsionaram a necessidade da criação de um sistema de informação que contemplasse a complexidade da organização da atenção básica (BRASIL, 2002).

1.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – CONCEPÇÕES E DESAFIOS

As informações geradas pelo setor saúde devem ser compreendidas como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde (MORAES; SANTOS, 2001).

No início da década de 1990, Médici (1991 apud SCOCHI, 1994) já discutia que a gerência subsidiada na informação seria uma nova filosofia mundial de

² Equipes de Saúde Bucal, modalidade 1: composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF;

³ Equipe Saúde Bucal, modalidade 2: composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESF

trabalho, sendo a organização da assistência baseada, cada vez mais, em uma informação descentralizada e disponível, apoiando os profissionais no seu processo de trabalho e proporcionando à sociedade a possibilidade de entendimento e controle por meio de suas organizações.

Houve no decorrer das últimas décadas, uma mudança nos conceitos de informação em saúde. O que antes era definido como estatísticas médico-sanitárias, é concebido hoje de forma mais ampliada, contextualizada, tornando-a instrumento para ação política e social (BRANCO, 2006).

Ainda de acordo com a autora, é necessário que sejam orientados alguns princípios para que este papel possa ser cumprido, como a democratização da informação no processo de construção da cidadania, que a informática não seja confundida com informação, pois essa é apenas um meio e não uma finalidade, ainda que sejam descentralizados e democratizados o acesso a estas informações.

O Sistema de Informação (SI) é um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêm informações de suporte à organização, que pode ser informatizado ou não. Os sistemas informativos da condição de vida, do meio ambiente e de outros fatores que interferem no processo saúde-doença constituem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (BRASIL, 2008a).

Tais sistemas são capazes de gerar os “Indicadores de Saúde”. Esses indicadores expressos, de forma numérica ou não, são utilizados para mensurar as atividades realizadas como: o grau de risco de um evento ou agravo à saúde e para atribuir valor aos dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente. Com base nesse conhecimento, os Indicadores de Saúde devem intervir para alcançar metas e objetivos (BRASIL, 2008a).

O desenho de um sistema de informação em saúde começa pela definição dos indicadores mais apropriados para se identificar o que se quer avaliar ou monitorar e depende essencialmente das atividades de planejamento e programação, das estratégias e políticas de saúde, da correta seleção de atividades e investimentos e, certamente, da vontade política de reformular o modelo gerencial que entenda que informação é o suporte básico para uma gerência eficiente (BRASIL, 2008a).

No Brasil, a implementação de sistemas de informação em saúde com instrumentos padronizados de coleta de dados é relativamente recente. O primeiro sistema implantado com essas características foi o Sistema de Informação de

Mortalidade (SIM), em 1975, que coletava os dados de forma individualizada e padronizada por meio da Declaração de Óbito, o que facilitou o processamento e a análise destes dados. O Sistema de Notificação de Vigilância Epidemiológica (SNVE) também foi elaborado neste mesmo ano (FURQUIM, 1998).

A produção das informações em saúde em nosso país deu-se de forma centralizada. Segundo Baldijão (1992), este fato pode ter ocorrido devido a quatro razões principais: no início de 1960 a centralização das informações foi tomada como estratégia nacional para a padronização e melhoria da qualidade das estatísticas disponíveis no país; a tecnologia de informática disponível no momento da criação dos sistemas de informações baseava-se nos *mainframes*, computadores de grande porte, dedicados normalmente ao processamento de um volume grande de informações, fato que já colaborava para uma forte centralização da produção de dados; a existência de poucos recursos humanos disponíveis para a gestão e produção das informações e, por fim, a forte centralização política, na ditadura militar, época em que vários destes sistemas foram criados.

Após o advento das Normas Operacionais Básicas (NOB), principalmente da NOB/96, os municípios passam a ser reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Passa a existir uma demanda crescente para a descentralização da produção das informações em saúde, de modo a possibilitar a gestão e a definição de prioridades nos municípios. Entretanto, a simples transposição de sistemas concebidos no plano federal para o âmbito estadual ou local, como tem ocorrido com os sistemas de mortalidade, nascidos vivos, não implica na descentralização da informação (BRANCO, 1996).

Trata-se, a rigor, de desconcentração da digitação, do processamento e do acesso aos dados conferindo ao âmbito local as concepções e prioridades definidas centralmente. A gestão local tem procurado por dados que os guiem na meta de atividades que eles devem empreender para satisfazer as necessidades de saúde de suas populações. A esfera local parte, então, para a tentativa de criar sistemas de informação que dêem conta do que entende como especificidade local, quer sejam políticas, administrativas, técnicas ou sanitárias (BRANCO, 1996).

Cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e à sua capacidade em termos de estrutura, recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos

sistemas de saúde devem se adequar a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão (BRASIL, 2005).

Entende-se, portanto que as informações em saúde são produzidas para responder aos objetivos e finalidades dos serviços de saúde, atender as necessidades da população, devendo integrar as diretrizes políticas mais gerais nas três esferas do governo. A produção da informação e sua utilização pelos cidadãos devem ser analisadas para que facilitem o agir na realização destes serviços (PINTO, 1999).

Nesta perspectiva, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ao fomentar mecanismos de utilização da informação gerada rotineiramente pelos serviços de saúde, por meio da coleta de dados realizada pelos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilita a micro-localização dos agravos de saúde e a identificação de desigualdades. Constitui-se, portanto, em ferramenta importante para a implementação de políticas de redução de iniquidades, além de favorecer a avaliação de efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

1.4 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB

O Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus. Esses departamentos acompanham ações e resultados das atividades da Estratégia Saúde da Família - ESF. O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do SIPACS, mas mantém a lógica central de seu funcionamento. Além disso, amplia informações com alguns outros instrumentos de coleta e consolidação de dados a serem utilizados por toda a equipe de saúde da unidade básica (BRASIL, 1998).

É um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados pelos profissionais de saúde das EESF. As informações são coletadas por essas equipes em âmbito domiciliar nas áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários – PACS e Estratégia Saúde da Família-ESF (BRASIL, 2004a).

As informações são recolhidas por meio de fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas com base nos relatórios de consolidação dos dados.

1.4.1 Instrumentos de coleta de dados

A ficha A é preenchida pelo Agente Comunitário de saúde durante as primeiras visitas às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas neste instrumento permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência (BRASIL, 2000).

As fichas do grupo B (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) e a ficha C destinam-se ao acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento. A cada visita mensal os dados destas fichas devem ser atualizados (BRASIL, 2000).

A ficha C é uma cópia do cartão da criança padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Este Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade de saúde, deve possuir este Cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS (BRASIL, 2000).

A ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático (BRASIL, 2000).

Abaixo também se apresentam os instrumentos de consolidação dos dados que também compõem o SIAB (BRASIL, 2000).

O 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 SSA₄ consolida os dados referentes às áreas de um município e é usado quando não há o sistema informatizado (BRASIL, 2000).

O PMA₂ consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças ou situações consideradas como marcadores por área. Os marcadores, por sua vez, são considerados eventos mórbidos ou situações indesejadas que devem

ser informadas para avaliar medidas e ações para mudanças no quadro da população adscrita. Da mesma forma que o SSA₄, o PMA₄ também é utilizado quando o município não possui sistema informatizado (BRASIL, 2000).

Os relatórios de A₁ até A₄ referem-se à consolidação dos dados das famílias cadastradas e são utilizados em municípios que não possuem sistema informatizado. Os números **1, 2, 3 e 4** nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes: microárea (1), área (2), segmento (3) e município (4) (BRASIL, 2000).

Portanto, o SIAB foi desenvolvido com o propósito de: a) dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; b) gerar informações para as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e para o Ministério da Saúde; c) auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias, pois disponibiliza um conjunto de informações às equipes de saúde da família, coordenadores e gestores locais de saúde; d) apoiar a eleição de ações prioritárias dirigidas às comunidades específicas e baseadas nas necessidades desta população (FRANÇA, 2001).

Vale destacar que este sistema disponibiliza indicadores sociais, permitindo aos gestores municipais a obtenção de dados sócio-demográficos das áreas de cobertura da ESF e PACS, que só estão disponíveis neste nível de desagregação (BRASIL, 2005).

Por meio do SIAB é possível realizar a espacialização de problemas de saúde, avaliando intervenções necessárias. A desagregação da região de maior cobertura, ou seja, o território de um município se dá em segmentos territoriais, que são conjuntos de áreas contíguas, correspondendo a aglomerados urbanos e rurais ou a outras formas de divisão compreendidas pelo município. A área é a porção territorial sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, dividida, por sua vez, em microáreas que correspondem ao micro-território de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS) (BRASIL, 1998).

Entre as potencialidades do SIAB, destaca-se que este sistema possibilita o conhecimento demográfico, econômico, cultural e de morbimortalidade de populações em áreas definidas. Além disso, pode-se confirmar crescimento vegetativo e o saldo migratório mensal, fornecendo a possibilidade para o uso da informação de forma ágil e oportuna (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

Entretanto, ressalta-se que existem limitações em relação a este sistema, como: impossibilidade de realização de análises que requerem individualização de dados; inconsistências e falta de vinculação com outros sistemas de informação (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

Existe uma série de dados que passaram a ser coletados com a implantação das EESF. Muitos destes dados são capazes de gerar informações de interesse para o gestor e para a população, ao mesmo tempo em que ocorrem rápidas e importantes transformações relacionadas às tecnologias de informação. Entretanto, observa-se que estes avanços, por si só, não são suficientes para garantir a qualidade das informações produzidas e seu uso efetivo no processo, seja de tomada de decisão do SUS, ou por sua efetiva democratização no cotidiano da vida dos cidadãos e no exercício do controle social (MORAES; SANTOS, 2001).

Por exemplo, o ingresso como enfermeira, em uma EESF, não foi precedido de nenhuma capacitação para a utilização do SIAB, a qual teve início com a participação em um projeto de extensão, da Universidade Estadual de Maringá, sobre informações de saúde em Maringá. Neste período, foram vivenciadas inúmeras situações, nas quais o uso ou não das informações, geradas pelos profissionais e nem sempre de conhecimento dos mesmos, refletia na qualidade de assistência prestada, assim como no trabalho da equipe e da unidade básica.

Considerando a relevância do SIAB para a implementação do SUS e organização do processo de trabalho das EESF, o reconhecimento de que nem todos os profissionais tinham acesso às informações geradas pelo SIAB ou até não conheciam o sistema estimulou a realização desta pesquisa. Desta forma, procurou-se entender por que, para quê e como os profissionais de saúde que atuam nas Equipes da ESF utilizam o SIAB. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a utilização do SIAB pelas Equipes de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos profissionais das equipes, quanto ao sexo, idade, escolaridade, tempo de atuação na ESF e na EESF;
- Identificar dificuldades e facilidades na utilização do SIAB;
- Conhecer os instrumentos de coleta de dados, a frequência e a finalidade da utilização das fichas pelos profissionais;
- Verificar a forma de capacitação dos profissionais para a utilização do SIAB;
- Identificar os espaços destinados pelas EESF para discussão das informações geradas pelo SIAB;
- Discutir aspectos relacionados ao processo de trabalho e atuação das EESF.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A CIDADE DE MARINGÁ E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O presente estudo foi realizado nas cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁴, Sedes de Regional, do município de Maringá-PR. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2008. Os dados foram coletados nestes meses para não coincidir com maior número de férias, sendo considerados meses típicos.

Em 2007 o Município de Maringá, situado na região Noroeste do Estado do Paraná, tinha uma população estimada de 329.800 habitantes, era pólo de assistência para 29 municípios da 15ª Regional de Saúde e seus 644.502 habitantes (BRASIL, 2007b).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) cresceu de 0,762 no ano de 1991 para 0,841 em 2000. O município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano com IDH maior que 0,8, segundo classificação do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), ocupando a 63ª posição no Brasil (MARINGÁ, 2006).

Maringá foi um dos primeiros municípios do Estado do Paraná a assinar o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), organizando a rede em Núcleos Integrados de Saúde (NIS), quando da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 (SAPATA, 2003).

Com intuito de fortalecer esta nova orientação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1329/G M, de 12 de novembro de 1999, estabeleceu critérios para definição do valor de incentivos financeiros à Estratégia Saúde da Família (ESF) com base em sua cobertura populacional (BRASIL, 1999). A partir de 2000, com o incentivo ministerial de tais implementações, a ESF na cidade de Maringá passou a ter cobertura de 70% da população (SAPATA, 2003).

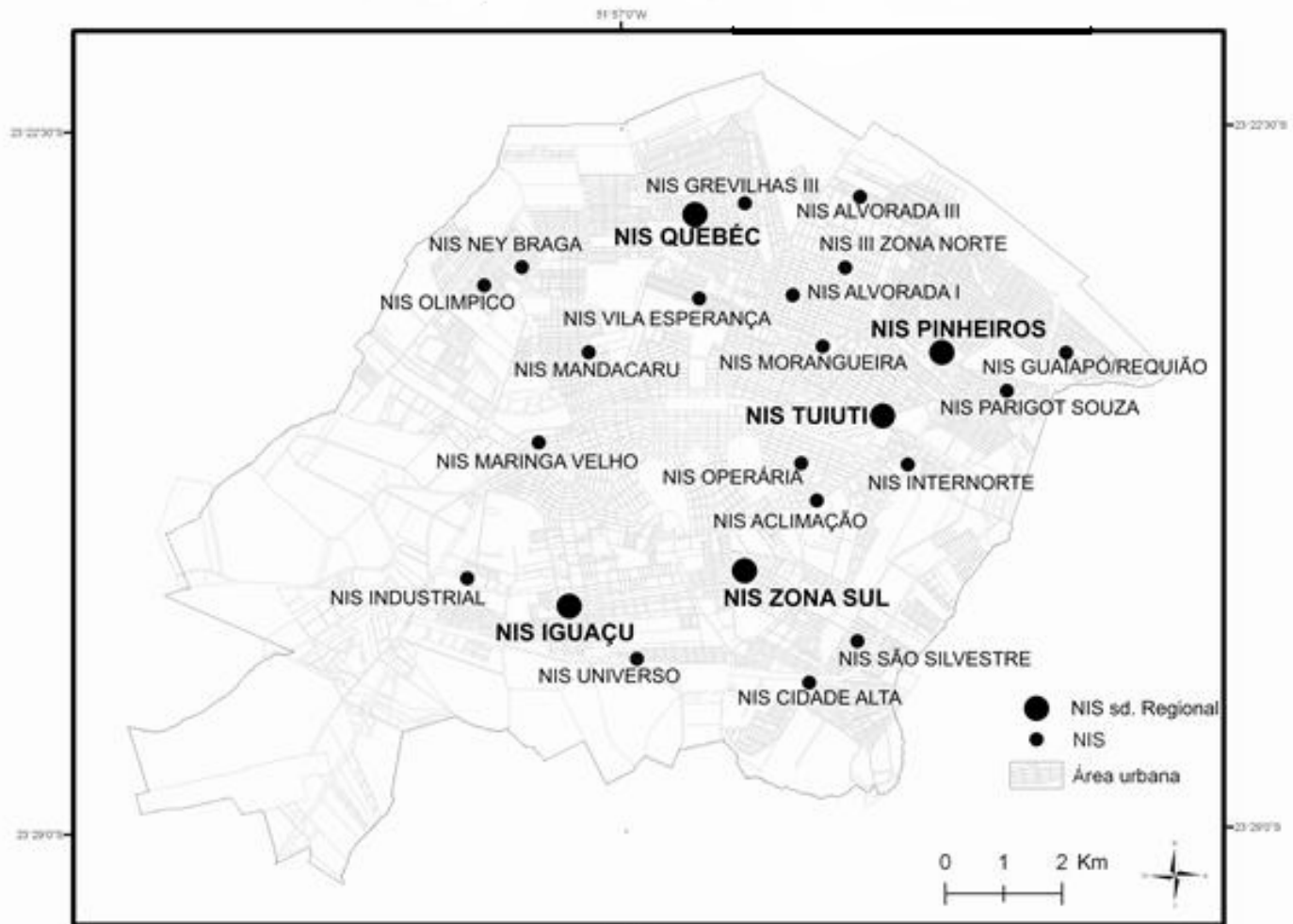
De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atuam hoje no município 12 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 53 Equipes de Saúde da Família (EESF), 10 Equipes Saúde Bucal Modalidade 1 (ESB 1) e 7 Equipes Saúde Bucal Modalidade 2, (ESB 2) com cobertura de 84% da população (BRASIL, 2008b).

⁴ UBS, Unidade Básica de Saúde, corresponde em igual valor ao termo NIS – Núcleo Integrado de Saúde.

Em contrapartida, no SIAB estão cadastrados 11 PACS, 42 ESF, sendo uma rural, seis ESB 1 e oito ESB 2. Ainda de acordo com os dados do SIAB, em relação aos profissionais que atuam nestas EESF, são 55 médicos, 66 enfermeiros, 66 auxiliares de enfermagem e 341 ACS.

A rede de serviços do município conta com o atendimento de: Centro Integrado de Saúde Mental; Ambulatório HIV/DST e Clínica da Mulher que servem de referência para a 15ª Regional de Saúde; Centro de Atenção Psicossocial; Policlínicas com consultas e exames especializados (Zona Norte e Zona Sul) e Centro de Especialidades Odontológicas (MARINGÁ, 2006). Existem no município, no que se refere à rede hospitalar, dois hospitais públicos, um municipal e outro estadual, sete hospitais privados e um filantrópico que disponibilizam um total de 1248 leitos, sendo 54,4% cadastrados ao SUS (BRASIL, 2008b).

No mapa abaixo é possível visualizar a rede ambulatorial do município com 24 Núcleos Integrados de Saúde (NIS), e em destaque as cinco UBS sede regionais: Pinheiros, Iguaçu, Tuiuti, Zona Sul e Québec. Além desses, há mais dois NIS localizados em distritos do município.



Fonte: Pref. Municipal de Maringá, 2007
Org.: Janaina de S. Marcolino, 2008

Mapa 1 - Localização dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) - Maringá-PR, 2008
Fonte: adaptado de Prefeitura Municipal de Maringá (2007).

Cada uma das unidades que também são referidas como sedes de regional conta com EESF. No NIS Pinheiros atuam sete equipes, no NIS Québec cinco equipes, sendo uma delas destinada ao atendimento da população rural. O NIS Iguaçu e Tuiuti têm três EESF em cada unidade. O NIS Zona Sul conta com duas EESF e, por estar no cadastro de estabelecimentos de saúde (CNES) como um ambulatório de especialidades, realiza consultas especializadas de cardiologia, ortopedia, gastrologia e oftalmologia, além de abrigar a Clínica da Mulher e o Ambulatório DST/AIDS.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Tomando por base a divisão por regionais, a quantidade distinta de equipes e as características populacionais, decidiu-se por selecionar duas EESF de cada unidade sede de regional. Neste sentido, a escolha das equipes foi intencional, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Equipes de Saúde da Família, com número completo de profissionais (um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde);
- Enfermeiro com maior tempo de contrato e outra Equipe com enfermeiro com contrato mais recente;
- Todos os membros da Equipe deveriam aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão se pautaram pela eleição dos sujeitos que possuíssem os atributos que se pretendia conhecer. Trabalha-se com a noção de que os informantes são suficientemente diversificados a ponto de possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças. Dessa forma, a escolha do campo e dos grupos a serem observados puderam conter o conjunto das experiências que se pretendia captar (MINAYO, 2005).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Este estudo foi realizado com dez EESF, sendo que cinco delas, uma em cada Regional, foram acompanhadas em seu cotidiano de trabalho por uma semana, perfazendo um período de cinco semanas de observação.

No total, 75 trabalhadores das EESF participaram da pesquisa, sendo nove enfermeiros, oito médicos, nove auxiliares de enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados para coleta de dados dois instrumentos de pesquisa: um roteiro de observação e um questionário auto-administrado. O roteiro de observação

foi elaborado com base nos cadernos de Auto-avaliação da Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (APÊNDICE A) (BRASIL, 2006b). O questionário auto-administrado foi adaptado de Rigobello (2006), com questões de caracterização da população e sobre o Sistema de informação da Atenção Básica (APÊNDICE B).

Segundo Minayo et al. (2005), os instrumentos de coleta de dados operacionalizam os objetivos, os indicadores e os conceitos do estudo e geralmente se configuram na forma de questionários ou roteiros. Os questionários são dispositivos normatizados e padronizados que captam a presença ou ausência de determinadas características, permitindo verificar como características ou atributos se distribuem nos grupos.

De acordo com as autoras, ao contrário dos questionários, os roteiros são guias que apenas sinalizam os caminhos a serem percorridos. Ambos, porém, podem ser complementares se houver disposição do investigador para exercitar o diálogo teórico e prático denominado triangulação.

Por ter sido adaptado, foi necessário realizar um teste com o questionário, assim como com o roteiro de observação. Para isto os instrumentos foram testados junto a profissionais que atuavam em ESF de outro município da 15ª Regional de Saúde, pois, de acordo com Carvalho (2006), é indispensável que questionários sejam testados em populações que se assemelhem à população de estudo, o que pode revelar a necessidade de revisões e reformulações de questões ou até mesmo o tamanho do questionário⁵.

Em seguida, procedeu-se a coleta de dados com agendamento de uma visita prévia a todas as UBS que faziam parte do estudo. Neste momento, foram selecionadas as equipes que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, juntamente com a direção das UBS. Nesta visita, também foi esclarecido para a direção das UBS a finalidade do estudo e tempo que o pesquisador permaneceria na unidade, além da apresentação do pesquisador aos trabalhadores das EESF.

Em um primeiro momento, o pesquisador acompanhou uma das equipes observando suas atividades, participando muitas vezes do processo. Foram

⁵ Ao ser finalizado o estudo piloto, o pesquisador percebeu a necessidade de readequação de algumas questões, que foram reformuladas ou retiradas. A qualificação do projeto foi fundamental neste processo, visto que o orientador e mais dois professores de outras instituições de ensino, realizaram sugestões pertinentes para atender melhor os objetivos da pesquisa.

realizadas visitas domiciliares com os agentes comunitários de saúde e com a equipe, participação em grupos, participação das reuniões da equipe, assim como em outras atividades individuais.

Para Schuartz (1955 apud MINAYO, 2004), a observação é um processo pelo qual se mantém a presença do observador em uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está face a face com os observados e ao participar da vida deles, no seu cenário, coleta dados. Assim o observador faz parte do contexto e ao mesmo tempo o modifica e é modificado por ele. Ainda de acordo com a autora, existem controvérsias com relação à prática de se observar, **o quê e como** observar, e pode-se dizer que a prática de observação é tratada como forma complementar de compreensão da realidade empírica.

Malinowski (1975 apud MINAYO 2004) critica estudos que apreendem apenas um nível da realidade por meio de *Surveys*. Comenta que este tipo de estudo percebe apenas o esqueleto dos grupos sociais, mas não compreende a vida, porque o pesquisador está distante do lugar onde a vida acontece. Existe uma série de fenômenos importantes que não podem ser registrados por meio de perguntas ou documentos quantitativos, como a rotina de um dia de trabalho, tom das conversas, hostilidades, empatias e reações emocionais em geral.

Para registro das informações coletadas no período de observação, utilizou-se um diário de campo no qual eram registrados conteúdos das falas do grupo, percepções do observador e rotinas do trabalho na Equipe. Este era preenchido durante o período de permanência na UBS, logo após o acontecimento do fato, e complementado ao término das atividades. O diário de campo pode ser definido como um caderno de notas, em que o pesquisador, dia a dia, anota o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que são modificadas com o tempo, resultado de conversas informais, observação de comportamentos contraditórios, falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados (MINAYO, 2004).

A observação antecedia à realização da entrega dos questionários com o propósito de integrar o pesquisador com o campo de pesquisa e com os profissionais da equipe. Em um segundo momento, os questionários eram entregues individualmente pelo pesquisador, que aguardava o término do preenchimento no local de trabalho do profissional onde o mesmo era recolhido. Quando isso não era

possível, o questionário era entregue em um envelope, sendo agendada uma data de retorno do pesquisador. O tempo de preenchimento era em média de 15 minutos.

O questionário auto-aplicado pode ser realizado com ou sem a presença do pesquisador, no qual um grupo de pessoas é reunido e os formulários preenchidos individualmente (SOUZA et al., 2005). Percebeu-se, no entanto, que a entrega individual e em momentos diferentes aos membros da equipe, tornou o preenchimento do questionário mais individualizado. Quando foi realizado o piloto, observou-se que quando os participantes da pesquisa eram reunidos para responder ao questionário, havia troca de opiniões sobre as respostas das questões.

Houve também dificuldade em relação ao retorno dos questionários que não eram preenchidos no momento solicitado. Dois médicos, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro não retornaram o questionário conforme combinado. Um dos médicos que a princípio aceitou participar da pesquisa, retirou o termo de consentimento após a leitura do questionário, alegando que o tema proposto não era de “responsabilidade” de sua categoria.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a organização e leitura das informações advindas da aplicação dos questionários e da observação, os dados foram agrupados e contabilizados por meio da frequência e porcentagens simples. Foram realizadas leituras sucessivas do diário de campo e ressaltadas falas dos diversos profissionais com o objetivo de complementar os dados obtidos por meio dos questionários.

Em relação ao questionário, o mesmo foi digitado em planilha no *software* Excel 6.0. Algumas questões foram analisadas de acordo com a resposta mais freqüente relacionada à equipe. Quando necessário, a resposta foi analisada por categoria profissional. Os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos foram confrontados com a literatura sobre o tema.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá com o parecer nº 037/2008, conforme Resolução 196/96 do CNS/MS (BRASIL, 1996) (ANEXO 1). Foi também solicitada a autorização para

coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde ao Centro de Capacitação Permanente em Saúde-CECAPS (ANEXO 2).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). No termo constaram todas as informações sobre o projeto, os objetivos, finalidades da pesquisa, tipo de colaboração necessária para o seu desenvolvimento e as estratégias utilizadas para realização da coleta de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EESF

Participaram deste estudo 75 profissionais de 10 EESF, destes nove eram enfermeiros, oito médicos, nove auxiliares de Enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde. Em relação ao sexo 82,7% eram do sexo feminino com faixa etária entre 31 e 50 anos (66,7%). O tempo de atuação na ESF foi maior ou igual a dois anos para 89,3% dos profissionais e o tempo na EESF também foi igual ou superior a dois anos para a maioria dos profissionais (81%), conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição percentual dos profissionais que atuam na ESF de acordo com categoria profissional, sexo, idade, tempo de atuação na ESF, tempo na EESF- Maringá - PR, 2008.

	Enfermeiro	Médico	ACS	Auxiliar	Total/N	Total/%
Sexo						
Masculino	01	03	05	04	13	17,3
Feminino	08	05	44	05	62	82,7
Total	09	08	49	09	75	100,0
Idade						
21-50 anos	08	04	41	09	62	82,6
>50 anos	01	04	08	00	13	17,3
Total	09	08	49	09	75	100,0
Tempo na ESF						
<2 anos	01	00	07	00	08	10,7
≥2 anos	08	08	42	09	67	89,3
Total	09	08	49	09	75	100,0
Tempo na EESF						
<2 anos	02	02	08	02	14	18,7
≥2 anos	07	06	41	07	61	81,3
Total	09	08	49	09	75	100,0

Em estudos realizados no Estado de São Paulo, os dados apresentados diferem dos encontrados nas equipes investigadas em Maringá-PR, pois a média de

idade dos médicos foi de 50 anos, com extremos de 58 e 34 anos e tempo médio de formação de 17 anos com extremos de 28 e três anos, e maior parte do sexo feminino (5).

No estudo de Zoboli (2003) (município de São Paulo), dos 18 enfermeiros entrevistados, somente um era do sexo masculino e mais da metade deles atuava há menos de quatro anos. Dos médicos entrevistados, de um total de 17, a maioria era do sexo feminino (12) com faixa etária de 30 a 39 anos (6) e uma grande parte (8) atuava na ESF há menos de um ano.

Rigobello (2006) em seu trabalho, no município de Ribeirão Preto, verificou que dos 40 médicos entrevistados 60% eram do sexo masculino, com idade média de 35 anos, 44% deles haviam cursado especialização na área de saúde coletiva, com tempo médio de formação de 11 anos e em média trabalhando na ESF há três anos.

Em Maringá, a média de idade dos enfermeiros das equipes estudadas foi de 38,7 anos com extremos de 27 e 52 anos e somente um enfermeiro era do sexo masculino. O tempo médio de formação foi de 7,8 anos e o tempo médio de atuação na ESF foi de 5,3 anos com extremos de um e oito anos. Somente um enfermeiro continua na mesma EESF desde a contratação. Um fator interessante é que cinco dos oito médicos entrevistados atuam na ESF desde o início de sua implantação no município, sendo que quatro deles continuam nas mesmas EESF. A média de tempo de atuação na ESF foi de 6,7 anos com extremos de oito e três anos para estes profissionais.

Os profissionais contratados para atuar na ESF em Maringá-PR possuem vínculo estável por meio de concurso público ou pela consolidação das leis de trabalho (CLT), isto parece ter contribuído para a baixa rotatividade, observada entre os profissionais que das EESF estudadas, assim como, as características da cidade de Maringá que é pólo regional, possui qualidade de vida elevada e várias instituições de ensino superior.

Estudo realizado por Freitas et al. (2008) com ACS da zona leste de São Paulo, constatou que 94% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, com idade entre 20 a 55 anos e que 80,7% dos entrevistados tinham concluído o ensino médio. Um estudo de caracterização dos ACS da 11ª Regional de Saúde do

Estado do Paraná, realizado por Souza et al. (2008)⁶, também encontrou a predominância de trabalhadores do sexo feminino (89,7%), com ensino médio completo (74,8%) e faixa etária predominante entre 21 e 40 anos de idade (88%), no presente estudo, a escolaridade dos ACS foi maior (98%) com ensino médio completo.

Corroboram com dados encontrados no presente estudo, em relação ao sexo, uma pesquisa realizada com os profissionais médicos e enfermeiros do Estado do Mato Grosso, ao traçar o perfil destes profissionais verificou que houve predomínio do sexo feminino, que confirma a tendência nacional de feminilização da força de trabalho na atenção médico-sanitária, além de maior maturidade e experiência profissional acumulada (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Há uma crescente participação das mulheres no mercado de trabalho brasileiro, principalmente em algumas áreas do conhecimento, como artes, humanas, biológicas e saúde, a ponto de caracterizá-las como guetos profissionais femininos no mercado de trabalho. Essas são ocupações com elevado contingente de mulheres que, devido a essa característica de gênero, detêm menor reconhecimento social e níveis mais baixos de remuneração (MARUANI; HIRATA, 2003).

Em estudo de caracterização dos profissionais atuantes nas ESF em um município de pequeno porte do Estado de Minas Gerais, foi constatado que a maioria dos ACS (56%) tinha ensino médio e, destes, 22% apresentavam formação técnica. Todos os auxiliares de enfermagem tinham formação de nível técnico (COTTA et al., 2006).

No mesmo estudo, em relação aos médicos, 75% possuíam alguma especialidade, sendo 50% em Saúde da Família. Quanto à formação dos enfermeiros, todos com especialização e 33,3% a cursaram na área de Saúde da Família.

O tempo de formação e realização de pós-graduação dos profissionais de nível superior que participaram do presente estudo aponta que 13 profissionais formaram-se há 10 anos ou mais e 11 tinham cursado pós-graduação na área de saúde da família (Tabela 2).

⁶ O artigo "Caracterização dos ACS da 11ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 2006" de autoria de Souza et al. encontra-se em fase de elaboração.

Tabela 2: Tempo de Formação profissional e área de Pós-graduação dos enfermeiros e médicos da ESF - Maringá-PR, 2008.

	Enfermeiro	Médico	Total	%
Tempo de formação				
<10 anos	02	02	04	23,5
≥10 anos	07	06	13	76,5
Total	09	08	17	100,0
Pós-graduação				
Saúde da família	05	06	11	64,7
Outra	03	01	04	23,5
Não tem	01	01	02	11,8
Total	09	08	17	100,0

Um fator que pode ter contribuído para a progressão dos estudos em Saúde da Família para os médicos, é que o município de Maringá, por meio da Lei complementar nº 601 de março de 2006, instituiu o abono salarial de 15% para o profissional médico que comprovasse efetivo exercício da função na EESF por um período de dois anos. O Artigo 4º dispõe sobre uma gratificação especial de 15% para os profissionais (médicos) que obtiverem o título de especialistas em saúde da família (MARINGÁ, 2006).

Em relação à escolaridade dos ACS, pode-se observar que a maior parte destes profissionais completou o ensino médio (98%) e somente um tinha o ensino fundamental. Convém lembrar que isso ocorreu apesar da Lei que regulamenta a profissão de Agente Comunitário (nº 507 de 2002) relatar somente a necessidade de cumprimento do ensino fundamental (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição percentual dos auxiliares de enfermagem e ACS segundo escolaridade - Maringá-PR, 2008.

Escolaridade	Auxiliar (n)	%	ACS (n)	%	Total	%
Ens. fundamental	00	0,0	01	2,0	01	1,7
Ens. médio incomp.	00	0,0	00	0,0	0,0	0,0
Ens. médio comp.	08	88,9	39	79,6	47	81,0
Ens. sup. incomp.	01	11,1	05	10,2	06	10,3
Ens. sup. comp.	00	0,0	04	8,2	04	6,9
Total	09	100	49	100	58	100

O fato da maior parte dos ACS ter cursado o nível médio pode ser reflexo das mudanças das ações desenvolvidas por estes profissionais. Tais ações foram ampliadas de modo significativo no decorrer dos anos. Assim, torna-se necessário que o ACS tenha um grau de escolaridade mais elevado do que o exigido por lei, tanto para dar conta do seu papel atualmente mais abrangente e complexo, como para realizar sua qualificação profissional. Questão a analisada com atenção, especialmente por esses profissionais não terem formação específica no campo da saúde (SOUZA et al., 2008).

4.2 O SIAB PARA OS PROFISSIONAIS

Para definir o SIAB, a categoria “banco de dados” foi a mais citada (47 dos 75 respondentes). Oito entre os nove enfermeiros citaram o SIAB como um sistema de informação para planejamento das ações da ESF, assim como cinco dos nove auxiliares de enfermagem, para metade dos médicos e para a maioria dos ACS o SIAB é um banco de dados (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição percentual das respostas segundo definição do SIAB pelos profissionais das EESF - Maringá-PR, 2008.

SIAB	Enfermeiro		Médico		Auxiliar		ACS		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A- Banco de dados	00	0,0	04	50,0	03	33,1	15	30,6	22	29,3
B- Monitoramento	01	11,1	00	0,0	01	11,1	03	6,1	05	6,7
C- SIS para planejamento	03	33,3	02	25,0	04	44,4	11	22,4	20	26,7
A e B	00	0,0	00	0,0	00	0,0	07	14,3	07	9,3
A e C	00	0,0	02	25,0	00	0,0	08	16,3	10	13,3
B e C	02	22,2	00	0,0	01	11,1	00	0,0	03	4,0
A-B-C	03	33,3	00	0,0	00	0,0	05	10,2	08	10,7
Total	09	100	08	100	009	9	49	100	75	100

Um estudo nacional que revela que apenas 49,6% das equipes utilizam o SIAB para o planejamento de suas ações, sendo mencionado que uma das questões que podem ter contribuído para isto, seria o baixo percentual de profissionais capacitados para a utilização do sistema, principalmente dos profissionais médicos (BRASIL, 2004d). O fato de uma menor parte dos trabalhadores, ACS, ter citado o SIAB como instrumento de planejamento das ações, pode estar vinculada ao menor uso do sistema para esta finalidade nas EESF estudadas.

Procurou-se, desta forma, observar como as EESF planejavam as suas atividades e quais critérios para priorizar as ações. Notou-se que as equipes mantinham afixado, em seus espaços, um cronograma com as seguintes atividades desenvolvidas pela EESF: Visita Domiciliar da EESF; grupo de gestante; grupo de hipertenso e diabético; grupo de receita controlada; puericultura; reunião de equipe; bolsa família e pesagem do leite.

Estas atividades eram realizadas, semanal, quinzenal ou mensalmente, de acordo com o cronograma proposto por cada equipe. Nas cinco equipes observadas foi possível acompanhar apenas uma reunião, pois durante o período de observação as reuniões, apesar de constarem no cronograma, foram adiadas por diferentes motivos. Observou-se ainda que em três equipes a reunião era programada para acontecer nas sextas-feiras, coincidindo com o dia mais apropriado para folga dos profissionais com acúmulo de horas trabalhadas.

A única reunião de equipe, observada pela pesquisadora, teve caráter informativo, sem pauta, nem discussão sobre o processo de trabalho da EESF. Foram discutidas férias, feriados e folgas dos profissionais.

Foi observado que a programação das atividades da equipe é destinada, em grande parte, para o atendimento de grupos populacionais prioritários, atendendo na maioria das vezes as recomendações dos programas federais, como no caso dos grupos de atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes. Ao abordar este aspecto Teixeira (2001 p. 13-14) ressalta que:

O planejamento e a programação de saúde podem ser um espaço de construção da mudança do 'modelo assistencial', ou seja, da mudança das práticas de saúde, e o entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do 'ator' que está explicando a situação, havendo diferentes visões da mesma situação, portanto sendo fundamental que haja uma negociação para seleção dos problemas mais importantes para o conjunto de atores que têm algum poder para enfrentá-los.

As equipes observadas alegam o excesso de trabalho para justificar as limitações, mas permanece a dúvida se esta situação não espelha a ausência da programação, pois se não se define prioridades locais ou forma de atuação em microáreas mais vulneráveis, como planejar?

Historicamente, o planejamento normativo durante o período da ditadura militar se consolidou como um método, estendendo suas propostas economicistas aos setores sociais. De acordo com Nemes (1990 apud SILVEIRA 2008), pode-se afirmar que programar é o mesmo que planejar o melhor uso para os recursos disponíveis. Desta forma, poderia haver uma melhor racionalização dos recursos disponíveis, tendo a programação o objetivo de incorporar à assistência médica individual um conjunto de atividades a um plano de intervenção dirigido ao coletivo.

Assim como o observado por Silveira, 2008 nesta pesquisa o enfoque programático definia atividades de rotina e atividades eventuais. As primeiras eram previstas por grupos de clientes que participavam de programas e subprogramas. Suas principais atividades normatizadas era o atendimento médico individual e as atividades básicas realizadas pelo restante da equipe, como vacinação, visita domiciliar, chamada aos faltosos e realização dos exames laboratoriais disponíveis.

Esta forma de atuar difere daquela esperada com a implantação das EESF, pois não trabalha com conceito de território e população adscrita, e não traduz a

idéia de distrito sanitário, associada a uma base territorial, adotada na organização dos serviços para resolver problemas de saúde, com uma concepção dialética de território, ou seja, o território-processo (MENDES, 1995).

Mendes (1995) sugere a seguinte subdivisão para o território do distrito sanitário: Território-Distrito, que obedece à lógica político-administrativa; Território-Área, que se refere à área de abrangência de uma unidade de saúde, um espaço de organização básico da prática da atenção à demanda; e Território-Microárea, como espaço definido pela homogeneidade socioeconômico-sanitária, que se aproxima do conceito de área homogênea de condições de vida e que tem como objeto a prática da vigilância à saúde. Dentro da área homogênea de condições de vida, pode-se identificar a ou as “micro-áreas de risco”, que são espaços de enfrentamento dos problemas de saúde de forma contínua, por meio de operações direcionadas à superação dos nós críticos identificados na rede causal. Os espaços das micro-áreas de risco são sempre o alvo prioritário das ações.

A concepção de saúde para a problematização é fundamental para o conhecimento do território nas suas singularidades. A principal diferença entre o enfoque por problema e o enfoque por programa é que este último, da forma como tem sido desenvolvido, tem servido às concepções tecnoburocráticas dos serviços de saúde sem respeitar as necessidades de saúde da população, nem as singularidades dos territórios-processo envolvidos no planejamento local. O enfoque por programa parte sempre de problemas definidos e explicados da mesma forma para todos, segmentando a realidade, que deve ser pensada de forma multidisciplinar (MATUS, 1987 apud SILVEIRA, 2008).

Citando Mendes (1995), pode-se dizer que enquanto a sociedade tem problemas, as organizações de saúde têm programas, e que estes não dão conta de responder aos desafios de uma realidade articulada por problemas complexos e mal-estruturados, sendo necessária a articulação interdisciplinar.

Desta forma concorda-se que em um contexto no qual as equipes tenham pouca valorização das informações para planejamento das atividades, com destaque para não priorização das necessidades, é provável que não exista potencial para oferta do grande elenco de atividades previstas (BRASIL, 2004b).

4.3 CAPACITAÇÃO PARA USO DO SIAB

Sendo o SIAB a ferramenta para a utilização oportuna da informação para o planejamento em saúde das EESF, procurou-se identificar se os profissionais receberam capacitação e como esta foi realizada. Segundo dados encontrados nas equipes pesquisadas a maior parte dos respondentes recebeu capacitação, no próprio local de trabalho (65%), 15% assinalaram ter recebido capacitação pela Secretaria de Saúde do Município (SESA) e 20% nunca receberam capacitação (Gráfico 1).

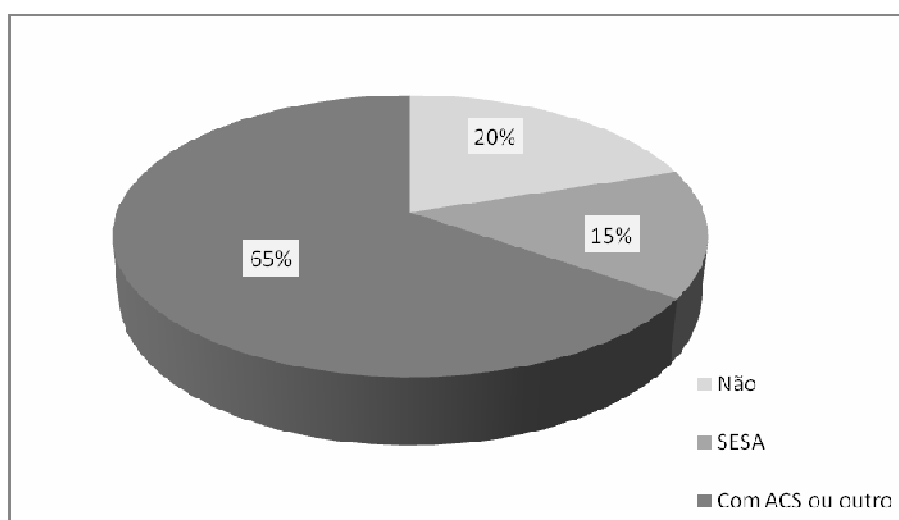


Gráfico 1: Distribuição percentual dos profissionais das EESF em relação a capacitação para uso do SIAB - Maringá-PR, 2008.

De acordo com as respostas, 73,4% dos ACS receberam capacitação no local de trabalho, sendo que 51% deles foram capacitados por outro ACS e 18,3% por outros profissionais.

Entre os enfermeiros seis referiram ter recebido capacitação no trabalho com outro profissional, dois informaram não ter recebido capacitação e um anotou haver recebido capacitação da SESA. Quatro dos auxiliares ou técnicos de enfermagem relataram não ter recebido nenhuma capacitação para uso do SIAB, o mesmo número refere ter recebido capacitação com outros profissionais no local de trabalho e um relata ter recebido capacitação pela Secretaria de Saúde (SESA). Apenas um médico relatou ter recebido alguma capacitação para utilização do sistema de informação.

É importante esclarecer que a capacitação no local de trabalho refere-se à forma como aprenderam a manipular o SIAB, o que na maioria das vezes acontece no dia-a-dia, sem sistematização.

Isto indica, pelo menos entre esses profissionais, que a educação continuada, não está sendo realizada e, de acordo com SILVEIRA, 2008, o processo de capacitação e informação que permite atender às necessidades de maneira dinâmica e eficaz, possibilita aperfeiçoamento profissional, desenvolvimento do trabalho de equipe e criação de vínculo com a população. Este processo, respeitando as realidades loco-regionais, deve envolver também as instituições formais de ensino, tais como as universidades ou, até mesmo, educação à distância na capacitação de recursos humanos. A formação em serviço deve ser priorizada pela gestão (SILVEIRA, 2008).

Estudo nacional revelou que apenas 49,6% das equipes que participaram do estudo utilizam o SIAB para o planejamento de suas ações, e revelou que uma das questões que podem ter contribuído para isto, seria os baixos percentuais dos profissionais capacitados para a utilização do sistema, principalmente dos profissionais médicos (BRASIL, 2004d).

Rigobello (2006), em estudo com médicos da ESF de Ribeirão Preto–SP, refere que a capacitação dos profissionais em relação ao SIAB possibilitou um melhor desempenho no entendimento do sistema por parte dos que a receberam. Ressalva, porém, que somente a capacitação não garantirá uma ação profissional mais consciente, pois na maioria das vezes tais eventos são realizados pontualmente em algumas situações, como resposta imediata à necessidade sentida.

O processo de capacitação deve ter um foco mais ampliado dentro do processo de trabalho, em que o trabalhador participe ativamente da transformação desse processo, partindo da reflexão prática do que está acontecendo no serviço e o que precisa ser transformado, imprimindo assim a importância da educação continuada como suporte para melhoria da qualidade do atendimento da população (RIGOBELLO, 2006).

A capacitação é parte das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para qualificação dos profissionais. Compete as diferentes esferas, federal, estadual e municipal a educação permanente específica para os profissionais que atuam na ESF (BRASIL, 2006b). Entretanto, percebe-se em função de haver profissionais não

capacitados para o uso do SIAB que tais estratégias não estão sendo efetivamente implementadas e valorizadas pela gestão.

É preciso considerar que, além da valorização da capacitação profissional como parte da qualidade do serviço, é necessário que exista acompanhamento e avaliação das ações das EESF, considerando a realidade local e a participação popular, uma vez que seus resultados não são dados meramente técnicos, mas uma informação que interessa a todos os envolvidos: gestores, profissionais de saúde ou população (SILVEIRA, 2008).

É fundamental que estas informações sejam divulgadas e discutidas com a utilização de instrumentos avaliativos que possam aferir minimamente as reais alterações ocorridas no modelo assistencial, principalmente em relação à satisfação do usuário e dos profissionais quanto a qualidade do trabalho da equipe e o seu impacto nos indicadores de saúde. Desta forma, os sistemas de informação, em particular o SIAB, podem ser um meio para a eficaz efetivação desta proposta (SILVEIRA, 2008).

Tão importante quanto à capacitação profissional é a formação destes, que deve ser voltada para o trabalho em equipe. A ESF resgata habilidades perdidas com a tecnologia excessiva. Deve-se então conceber um novo perfil profissional na busca da transição do profissional isolado para um trabalho em equipe, responsabilizado com as ações de planejamento e resolução de problemas delimitados (ROSA; LABATE, 2005).

4.4 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DAS FICHAS DO SIAB

Todos os profissionais das EESF relataram conhecer as fichas do SIAB. A maioria dos ACS usa a ficha A diariamente (89,7%). Este fato é esperado visto que a ficha A é o instrumento de cadastramento familiar e fica sob a responsabilidade do ACS. Outros profissionais relataram utilizar a ficha A: um auxiliar de enfermagem e três dos enfermeiros. Os médicos relatam não utilizar a ficha A (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição percentual da frequência de utilização das fichas do SIAB pelos profissionais das EESF – Maringá PR, 2008.

Fichas/Relatórios	Nunca		Diária		Semanal		Quinzenal		Mensal		Bi/trimestral		Semestral		Anual		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ficha A	20	26,7	45	60,0	03	4,0	00	0,0	03	4,0	02	2,7	00	0,0	02	2,7	75	100
Ficha B Gest	18	24,0	14	18,7	11	14,7	01	1,3	26	34,7	03	4,0	01	1,3	01	1,3	75	100
Ficha B HA	21	28,0	25	33,3	07	9,3	04	5,3	13	17,3	03	4,0	01	1,3	01	1,3	75	100
Ficha B DIA	23	30,7	20	26,7	08	10,7	05	6,7	14	18,7	03	4,0	02	2,7	00	0,0	75	100
Ficha D	36	48,0	26	34,7	04	5,3	01	1,3	08	10,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	75	100
Relatório A ₁	56	74,7	03	4,0	01	1,3	00	0,0	09	12,0	00	0,0	01	1,3	05	6,7	75	100
Relatório A ₂	60	80,0	02	2,7	01	1,3	00	0,0	05	6,7	01	1,3	01	1,3	05	6,7	75	100
Relatório A ₃	68	90,7	02	2,7	00	0,0	00	0,0	01	1,3	00	0,0	01	1,3	03	4,0	75	100
Relatório A ₄	71	94,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	2,7	00	0,0	01	1,3	01	1,3	75	100
Relatório SSA ₂	31	41,3	00	0,0	01	1,3	02	2,7	38	50,7	00	0,0	02	2,7	01	1,3	75	100
Relatório SSA ₄	61	81,3	00	0,0	00	0,0	00	0,0	12	16,0	01	1,3	00	0,0	01	1,3	75	100
Relatório PMA ₂	54	72,0	00	0,0	00	0,0	01	1,3	19	25,3	00	0,0	00	0,0	01	1,3	75	100
Relatório PMA ₄	71	94,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	04	5,3	00	0,0	00	0,0	0	0,0	75	100

Segundo recomendação do Manual do SIAB todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração na microárea. O ACS deve estar atento para registrar mensalmente a ocorrência de nascimentos, mortes, mudanças de atividade profissional dos membros da família, assim como condições de moradia e saneamento. Ao cadastrar ou desligar uma família, deve levar a Ficha A para a reunião mensal para discutir com o coordenador, no caso o enfermeiro, sendo necessária a eventual manipulação desta ficha por este profissional (BRASIL, 2004a).

Chamou à atenção o fato de um dos ACS, contratado há nove meses, ter registrado que não usava a ficha A. Ao ser indagado sobre o fato, justificou o pouco tempo de contratação e o não treinamento, informou ainda que utilizava um caderno para anotar os dados das visitas.

Conforme já discutido, as fichas B são de acompanhamento de grupos prioritários tais como gestantes, hipertensos, diabéticos, hanseníase e tuberculose, os quais devem ter acompanhamento sistemático por parte das EESF, devendo ser visitados mensalmente (BRASIL, 2004a).

Não foi analisada a frequência de utilização das fichas B hanseníase e tuberculose, porque segundo as equipes na área de abrangência não existiam casos destas patologias. Constatou-se que mesmo nos casos dos agravos de maior prevalência como hipertensão e diabetes, ou mesmo condições de acompanhamento prioritário como gestantes, estas fichas muitas vezes também não eram utilizadas pela equipe, visto que 24% dos respondentes assinalaram nunca utilizar a ficha de gestantes, 28% nunca utilizaram a ficha de hipertenso e mais de 30% nunca usaram a ficha de diabetes.

Em estudo realizado por Silva e Laprega (2005), com enfermeiros e ACS das ESF de Ribeirão Preto-SP, os ACS ressaltaram que não existe utilização dos dados coletados nas fichas de acompanhamento dos grupos de risco, pois os outros profissionais da Equipe não valorizam os dados contidos nestas fichas.

Estudos relacionados demonstram que o ACS sente-se desmotivado ao preencher fichas que a EESF não utiliza (BARBOSA, 2006; SILVA; LAPREGA, 2005). Os dados encontrados aproximam-se do estudo de Silva e Laprega (2005), que relata que as fichas B não são adequadamente aproveitadas pelas equipes, principalmente pelos médicos, que também pouco conhecem ou utilizam o SIAB. Este é um fato que merece destaque, pois essas fichas contêm dados de fundamental importância para o acompanhamento dos indivíduos cadastrados, ou seja, deveriam ser objeto de discussão e intervenção por parte da equipe.

De acordo com o Manual do SIAB, a cada visita domiciliar os dados destas fichas deveriam ser atualizados pelo ACS e revisadas periodicamente pelo coordenador da EESF. Sempre que cadastrar um novo caso de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose ou gestante o ACS deve discutir com o supervisor o acompanhamento do mesmo (BRASIL, 2004a).

Existe ainda, a recomendação de que casos suspeitos (referidos) devem ser encaminhados à unidade de saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento é que o ACS cadastra e acompanha estes indivíduos de acordo com a condição ou patologia (BRASIL, 2004a).

No que se refere à utilização da ficha D, que é a ficha de registro das atividades diárias realizadas pelos profissionais, foi observado que grande parte dos trabalhadores nunca utiliza esta ficha (48%). Além disso, apenas 36% dos profissionais assinalaram fazer uso diário do instrumento.

É importante notar que tal constatação difere da orientação do manual do SIAB, que reforça que esta ficha deve ser utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados (BRASIL, 2004a).

Além disso, segundo o manual, nesta ficha também é realizada a notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático, existindo campos que são específicos para determinadas categorias profissionais. Ressalta-se que o preenchimento deste instrumento deveria ser efetuado diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês) (BRASIL, 2004a).

Cinco enfermeiros relatam usar a ficha D mensalmente, um semanalmente e três diariamente. De acordo com as respostas dos profissionais médicos, apenas um profissional respondeu que nunca usa esta ficha, os outros utilizam diariamente. Entre todas as fichas do SIAB a ficha D foi a mais utilizada por esta categoria profissional.

Entre os ACS das equipes que participaram da pesquisa 32 relatam nunca usar a ficha D, 13 afirmam usar a ficha diariamente, três semanalmente e um mensalmente. Em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a frequência de utilização foi de três diariamente, o mesmo percentual nunca utiliza, dois mensalmente e um faz uso quinzenal da ficha D.

O presente estudo está de acordo com pesquisa realizada por Barbosa (2006) com profissionais das EESF do município de Ribeirão Preto-SP. Tal pesquisa enfatiza que a maior utilização e frequência de uso geral das fichas do SIAB é dos ACS e que os demais profissionais utilizam mais a ficha D.

Os resultados obtidos podem sugerir que os profissionais não valorizam os registros das atividades de sua competência, visto que uma grande parte deles não faz o registro diário, o que comprometeria a fidedignidade destes dados.

Durante o período de observação nas unidades verificou-se que quatro médicos faziam uso diário das fichas D, um dos profissionais usa registro informal (caderno de anotações) para seus procedimentos. Dos cinco enfermeiros observados, apenas um utilizava a ficha D diariamente, cinco usavam registro informal e não foi observada nenhuma forma de registro de três profissionais. Uma das enfermeiras afirma:

Uso uma vez por mês... quando tem que passar os dados de produtividade, mas que é mais ou menos porque não tem tempo para ficar anotando.

Não foi observada a utilização desta ficha pelos auxiliares de enfermagem, nem pelos ACS, que anotam as atividades em caderno, ou no caso das visitas domiciliares existe um impresso diferenciado em algumas unidades.

Silva e Laprega (2005), em estudo realizado com profissionais enfermeiros e ACS do município de Ribeirão Preto-SP, relatam que a ficha D não é usada pelos ACS, pois tais profissionais acreditam que seu preenchimento seria duplicação de trabalho, pois os dados que essa ficha contém são todos passados para o *software* SIAB. No entanto médicos e enfermeiras utilizavam esta ficha.

Apenas um ACS relata que utiliza somente as fichas do SIAB para registro:

Quando comecei a trabalhar, há dois anos, fui orientado a usar o caderno, mas não me adaptei [...] acho menos trabalhoso anotar direto nas fichas porque não tenho que ficar passando informações de um lugar para o outro

Os modos informais de anotação das atividades, também foram encontrados no estudo de Barbosa (2006). Os ACS e os enfermeiros, durante as visitas e nos procedimentos na UBS, anotavam as informações em livros e cadernos, relatando que as fichas disponíveis no SIAB eram muito gerais, o que não possibilitava a inserção de dados mais individualizados.

Pode-se observar que as formas de registro das atividades estão voltadas para a necessidade individual de adaptação. Não foi possível observar discussão na equipe sobre a melhor forma de registro das atividades.

No que se refere aos relatórios anuais, um fato que merece atenção é a citação do uso do A₁, A₂, A₃, A₄, por cinco enfermeiros e 15 ACS, que responderam usar o relatório apesar desses serem preenchidos apenas nos municípios onde o SIAB ainda não é informatizado (o que não é o caso do município de estudo) (BRASIL, 2004a).

Estes impressos, como já descritos anteriormente, consolidam dados das famílias cadastradas anualmente, devendo ser preenchidos com sazonalidade anual, ou em momentos de planejamento de ações de saúde, nos quais as

informações do ano anterior sejam relevantes. Este fato não acontece diariamente, semanalmente nem mensalmente como assinalaram alguns dos profissionais.

Rigobello (2006) também constatou o relato de utilização de fichas do SIAB por médicos das EESF, que não são de uso comum da categoria. Como exemplo, médicos citam usar diariamente a ficha A, ou utilizam com frequência consolidados que não estariam compatíveis com a real utilização.

Em relação à frequência de manipulação do SSA₂ e SSA₄ o manual do SIAB refere que a consolidação dos dados das diversas microáreas, coletados dos dias 1 ao 31 do mês anterior, será feita no início de cada mês, durante a reunião mensal da equipe, sendo responsabilidade de um dos profissionais de nível superior a condução das atividades e o preenchimento desses relatórios (BRASIL, 2003).

Esta constatação não condiz com as respostas de alguns participantes que assinalam fazer uso da ficha semanal, quinzenal, semestral e anual. Os médicos responderam nunca usar esta ficha. Em relação à ficha SSA₄, lembramos que como relata o manual do SIAB ela é utilizada somente nos municípios onde o sistema não é informatizado, apesar de alguns profissionais referirem utilizá-la.

Foi possível acompanhar o fechamento dos relatórios do SIAB em uma das EESF. Notou-se que todos os ACS da equipe permaneciam na UBS, enquanto duas ACS terminavam de atualizar as fichas A, as outras três passavam os dados do caderno para o SSA₂. A enfermeira da equipe estava de folga neste dia, não acompanhando estas atividades. Desta forma, seu preenchimento que deveria ser realizado por um dos profissionais de nível superior da equipe, ficou nesta equipe, por conta do ACS, estando em desacordo com o que é preconizado pelo manual do SIAB.

Estudo aponta que a supervisão do preenchimento das fichas e relatórios do SIAB é realizada de maneira informal, ocorrendo ocasionalmente durante a conclusão dos relatórios do SIAB a serem enviados à Secretaria Municipal de Saúde (SILVA; LAPREGA, 2005).

De acordo com as respostas referentes ao uso do relatório PMA₂, observou-se que 19 profissionais a usam mensalmente. O relatório PMA₂, segundo o manual do SIAB deve ser mensal, consolidado por um dos profissionais de nível superior da equipe. Os dados deste relatório são provenientes da ficha D e do relatório SSA₂. O responsável encaminha uma cópia para a Secretaria Municipal de Saúde e retém uma via na unidade para discussão na reunião mensal da equipe (BRASIL, 2003).

Da mesma forma que o SSA₄, o PMA₄ é utilizado somente em municípios em que o SIAB não é informatizado (BRASIL, 2003). Mesmo assim, alguns profissionais relatam utilizar o instrumento.

Como já relatado, o manual do SIAB diz que os instrumentos de consolidação dos dados SSA₂ e PMA₂ devem ser preenchidos por profissional de nível superior da Equipe. Os médicos, no entanto, relatam nunca manipular tal instrumento.

No estudo de Silva e Laprega (2005), das equipes estudadas, algumas delas utilizavam o relatório SSA₂ original do SIAB e outras trabalhavam com um relatório semelhante, porém, informal. Também o relatório de produção e marcadores para avaliação (PMA₂) era pouco utilizado por estas equipes, sendo seus dados digitados diretamente no programa de computador, sendo que alguns dos profissionais declararam sempre deixar em branco os campos referentes aos marcadores.

Pode-se sugerir que os profissionais, mesmo relatando em sua totalidade conhecer o SIAB, de fato conhecem as fichas mais utilizadas pela sua categoria profissional e não o sistema como um todo. Isto pode ocorrer devido à forma como foram capacitados para utilizar o sistema, visto que houve respostas de vários tipos de capacitação e até mesmo da falta da mesma para uso do sistema. Acredita-se que os fatores acima relacionados podem contribuir para o prejuízo do trabalho em equipe e para o fortalecimento de práticas fragmentadas, inclusive no que diz respeito à confiabilidade dos dados disponíveis no sistema.

4.5 DIFICULDADES PARA PREENCHIMENTO DAS FICHAS DO SIAB

Dentre os respondentes, 12 relatam ter alguma dificuldade para preenchimento das fichas do SIAB (Gráfico 2), sendo os motivos mais citados a falta de capacitação (nove), falta de tempo (dois) e campos desnecessários (um).

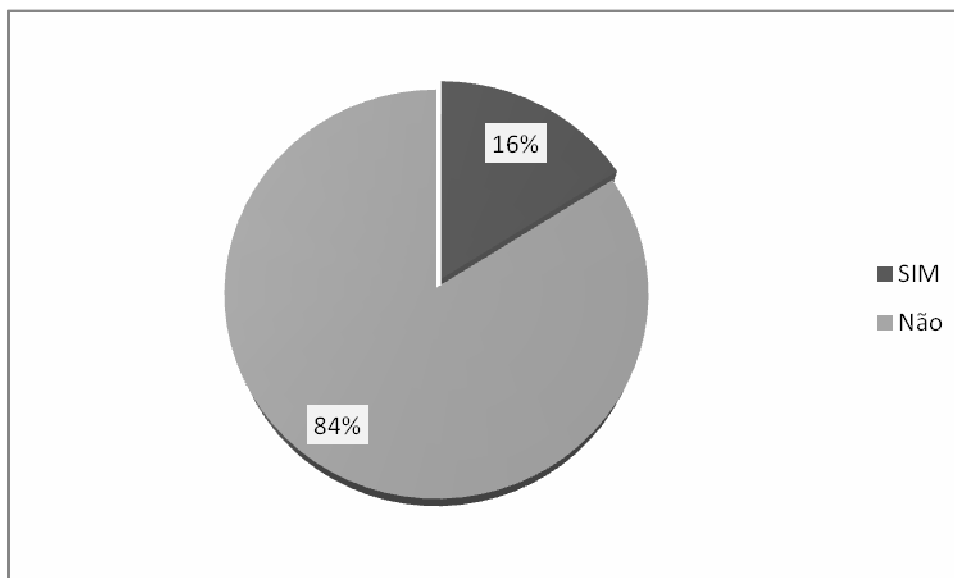


Gráfico 2: Distribuição em número absoluto em relação à dificuldade de utilização das fichas do SIAB - Maringá-PR, 2008.

Três dos ACS relatam ter dificuldade no preenchimento das fichas, sendo assinalado como motivo, por um sujeito, a falta de capacitação, outros dois referem falta de tempo. Entre os auxiliares de enfermagem, três deles relatam ter dificuldade, tendo como motivo a falta de capacitação.

Durante a observação, uma auxiliar de enfermagem relata que se sente prejudicada por não poder ir aos cursos de capacitação, pois existe deficiência no número de profissionais e é escalada para atividades dentro da unidade.

Dos enfermeiros, dois relatam dificuldade por não terem recebido capacitação. Quatro médicos dizem ter dificuldade, sendo que três responderam que a dificuldade é devido à falta de capacitação, um refere que a dificuldade é pela existência de campos desnecessários nas fichas.

Em relação aos médicos, observa-se que estes referem participar pouco de ações coletivas da EESF por estarem muitas vezes em atendimento. Em outros estudos foram encontrados dados que apontam que os médicos se sentem sobrecarregados com os grandes períodos reservados para o atendimento de consultas individuais. Dentro da EESF, isto acarreta falta de tempo para realização de outras atividades como: visitas domiciliares, reuniões de equipe e ações de vigilância (RIGOBELLO, 2006; CAPAZZOLLO, 2003).

Se por um lado a SESA incentiva a inserção destes profissionais na ESF por meio do abono salarial para especialização, por outro lado nota-se que a

capacitação ainda é uma questão que precisa ser discutida, uma vez que dos quatro respondentes que referem dificuldade em relação às fichas do SIAB, três relatam ter dificuldade por falta de capacitação, explicitada pelo seguinte depoimento de uma médica:

Não tenho nenhum contato com o SIAB, acho que tem informações importantes no sistema, mas não são muito confiáveis. Veja por exemplo, se você pegar os pacientes cadastrados no SIAB com hipertensão não é igual aos pacientes hipertensos cadastrados no hiperdia. Deveria ser não é?... eu não consigo sair daqui de dentro, atendo a demanda, às vezes não dá pra fazer mais nada. Treinamento só recebem os ACS, enfermeiros... os auxiliares e os médicos acabam sendo os que menos fazem o trabalho do PSF.

É importante salientar que dentre os respondentes que apresentaram ter alguma dificuldade em relação às fichas do SIAB, a maior parte das citações é referente à falta de capacitação.

No período de observação foram relatadas outras dificuldades, que não foram assinaladas no questionário, tais como: campos de preenchimento desnecessários ou inadequados e pouco conhecimento sobre eles:

Você sabe aqueles campos da ficha A, tem lá casa de taipa. Aqui não tem casa de taipa, eles nem sabem o que é taipa. Isso tem na ficha porque, imagina só, uma casa dessas pode abrigar o tal bicho barbeiro... essa família seria mais susceptível, então deveria ter um acompanhamento mais sistemático da equipe... eles não entendem essa lógica, isso também porque essa ficha foi feita pra ser usada no nordeste! (Médico).

Eu quando faço visitas levo um caderno... não dá pra anotar só no relatório porque não tem espaço para colocar nome e outras coisas importantes (Enfermeira).

Destaca-se que neste caso pode haver dificuldade na utilização de relatórios do SIAB, pela não individualização de dados, gerando outras formas de registro. A não atualização automática de idade também foi apontada como uma dificuldade por um ACS.

Tenho dificuldade em relação à faixa etária no SIAB, ter que arrumar toda vez que alguém faz aniversário. Acho que o sistema deveria atualizar sozinho. (ACS)

O Enfermeiro de uma das equipes relata que no município existem dois relatórios para a mesma finalidade, um impresso feito pela prefeitura e outro do

SIAB. O enfermeiro diz que preenche apenas uma das fichas (no caso a de produtividade da prefeitura) e que ainda existem algumas falhas nos relatórios:

Por exemplo, no PMA₂ tem um campo para preencher de acidentes de trabalho que a ficha de anotação diária não contempla, aí tem que lembrar de cabeça.

Um aspecto que deve ser mencionado, e foi possível perceber em todas as equipes acompanhadas, é a falta de supervisão sistematizada do preenchimento das fichas do SIAB pelos ACS. O que acontece na maioria dos casos é que a supervisão ocorre durante o trabalho de modo informal, sendo discutidos casos pontuais. Constatação que esta de acordo com o encontrado por Silva e Laprega (2005), os autores citando Moraes (1994), relatam que a falta de supervisão e controle da qualidade dos dados produzidos pelas equipes da ESF comprometem a confiabilidade das informações geradas e que a adequada supervisão das fichas e relatórios mereceria maior atenção por parte das equipes locais, reforçando que qualidade do registro dos dados é parte fundamental de qualquer SIS.

4.6 UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE SIAB PELOS PROFISSIONAIS DA ESF

Todas as Unidades Básicas de Saúde possuem computador com o *software* do SIAB instalado e impressora matricial. Foi verificada, porém, uma deficiência no número de máquinas disponíveis para as equipes, além da falta de estrutura física adequada. Em uma das unidades havia apenas um computador com o programa do SIAB instalado. Este computador era utilizado para digitação dos dados de sete EESF, duas delas descentralizadas (fora da Unidade Básica). Das cinco unidades visitadas, três estavam com a impressora em manutenção ou quebradas.

Em relação ao manuseio do *software* do SIAB, 88% dos profissionais relataram o uso e 12% disseram nunca ter usado. Ressalta-se que além de sete médicos um ACS assinala nunca ter utilizado o sistema informatizado. Quando questionados sobre a frequência do uso do computador para acessar o *software* do SIAB, sobressaíram as respostas de utilização mensal ou semanal. Tais respostas eram esperadas visto serem os ACS, nestas unidades, os responsáveis pela digitação dos dados.

Quando indagados se existe dificuldade para operacionalizar o SIAB, 26 profissionais responderam afirmativamente, sendo que cinco médicos, cinco auxiliares e quatro enfermeiros relatam ter dificuldade.

Por ser um sistema de fácil operação, o SIAB pode ser manuseado mesmo por pessoas com pouca instrução de informática. O sistema é relatado de fácil manuseio por outros profissionais (SILVA; LAPREGA, 2005).

O uso e a frequência de utilização do Software pelos profissionais das EESF estão ilustrados na Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição percentual dos profissionais das EESF para utilização e frequência de uso do Software do SIAB - Maringá- PR, 2008.

	Enfemeiro		Médicos		Auxiliar		ACS		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não Usa	00	0,0	07	87,5	01	4,5	01	2,0	09	12,0
Diário	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	4,0	02	2,7
Semanal	00	0,0	00	0,0	02	22,2	18	36,7	20	26,7
Quinzenal	00	0,0	00	0,0	00	0,0	06	12,2	06	8,0
Mensal	06	66,7	00	0,0	03	33,3	18	36,7	27	36,0
Bi/trimestral	02	22,2	00	0,0	01	0,0	04	8,2	07	9,3
Anual	01	11,1	01	12,5	02	22,2	00	0	04	5,3
Total	09	100,0	08	100,0	09	100,0	49	100,0	75	100,0

Segundo o Ministério da Saúde, a efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados à Estratégia Saúde da Família, tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde afirma ainda que poderá haver suspensão de repasse financeiro caso não haja alimentação regular, por parte dos municípios, de dados nacionais de informação, entre eles o SIAB. Considera-se como alimentação irregular a ausência de envio de informações por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano ou se forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Para tanto, a finalidade para a qual os profissionais utilizam o SIAB é, em sua maioria, para cadastro das famílias e relatórios, assinalaram estas questões 46 dos 66 trabalhadores que responderam usar o sistema informatizado.

No que diz respeito à discussão das informações geradas pelo SIAB no cotidiano de trabalho das EESF, 52% dos trabalhadores assinalaram que existe espaço para discussão e participaram desta discussão 49% dos profissionais. Ainda, para 57% dos profissionais o SIAB é um sistema capaz de gerar informações para caracterização da população atendida.

Profissionais médicos de Ribeirão Preto-SP, apontaram em 55,8% que o SIAB é um sistema capaz de gerar informações para caracterizar a população atendida, os apontamentos destes profissionais demonstraram ainda que o SIAB tem alto grau de importância neste processo (RIGOBELLO, 2006).

Apesar da maior parte dos profissionais afirmar que o SIAB é capaz de caracterizar a população (Gráfico 3) e confirmar a existência de espaço na sua jornada de trabalho para discussão das informações geradas por este sistema, a maioria (52%) respondeu que não existe discussão com a equipe.

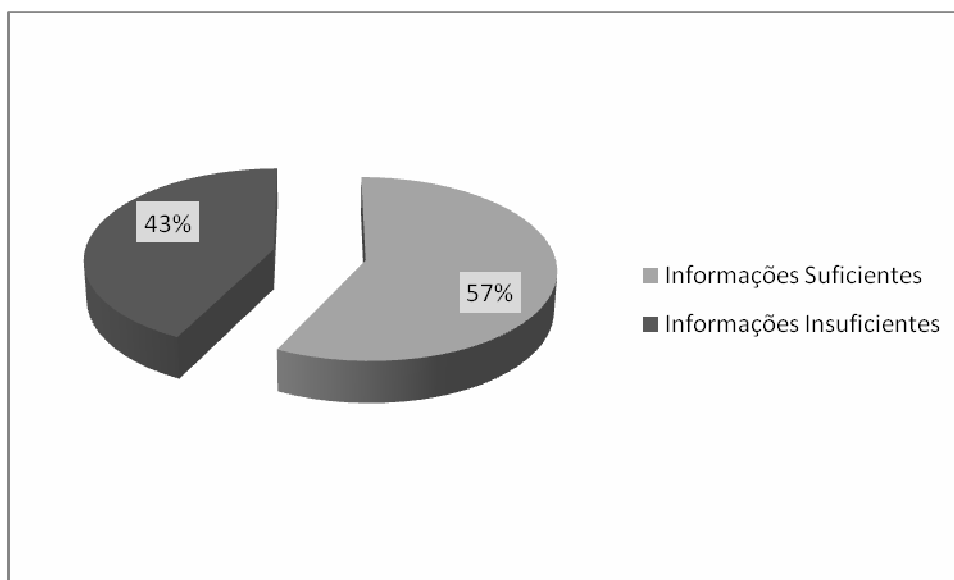


Gráfico 3: Distribuição percentual da opinião dos profissionais das EESF, quanto à importância das informações geradas pelo SIAB para caracterização da população em sua área de abrangência – Maringá-PR, 2008.

Assim como o observado por Silva (2005), nas equipes estudadas não havia o repasse ou discussão com a comunidade dos dados gerados pelo sistema, ou

seja, inexistia a participação comunitária no planejamento e na tomada de decisões. Quanto ao emprego do SIAB como instrumento de planejamento em saúde no nível local, as equipes pouco utilizavam seus recursos para esse fim.

Um fator importante é a maneira como as informações geradas são discutidas pelas EESF. Na observação, membros das equipes afirmaram existir discussão dos dados gerados. Outros profissionais da mesma equipe, afirmaram discordar ou não participar deste processo. Pode-se inferir que o trabalho destas equipes ainda não seja entendido e incorporado por todos os trabalhadores.

Estudo realizado por Fertoni (2003) a respeito do trabalho de equipes da ESF de Maringá-Paraná, evidenciou que o modelo é centrado no médico, no atendimento curativo e o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, sem planejamento coletivo. Passados cinco anos do referido estudo, ainda foi possível observar nas EESF uma reprodução do que havia relatado a autora citada.

Franco e Merhy (2002, p. 7) apresentam que o caráter prescritivo da ESF é exacerbado. São definidos os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde: "[...] infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado".

No caso de equipes multiprofissionais, deve-se considerar as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas de cada área profissional e é necessário reconhecer que, a maior parte de nossa formação como profissionais de saúde, ainda está arraigada pelo modelo biomédico. Configura-se assim, uma cisão entre o biológico e o psicossocial, o que pouco instrumentaliza uma atuação na esfera da interação, seja com o usuário, seja com os demais profissionais (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

4.7 ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM GRUPOS DE ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Uma prática freqüente observada em todas as unidades do estudo foi o atendimento da população em grupos. Foi possível acompanhar em três unidades a dinâmica de dois grupos de hipertensos e diabéticos e de um grupo de portadores de transtornos mentais. A estratégia usada pela EESF foi semelhante em todos os

grupos, sendo o auxiliar de enfermagem encarregado de verificar sinais vitais e dados antropométricos, o enfermeiro e o ACS realizavam as anotações. Em dois dos grupos, o médico fazia receita e orientava os pacientes e, em outro, o enfermeiro fazia transcrição da receita, neste caso, de medicamentos psicoativos (grupo de saúde mental), pois o médico não estava presente.

Pode-se verificar que os grupos observados tinham como finalidade maior diminuir a demanda por consulta médica na unidade. Isto pode ser confirmado na fala de uma enfermeira:

Hoje a tarde tem grupo de receita controlada, hoje em dia tem grupo pra tudo, se for pra pegar receita tem que ser no grupo mesmo... mas não tem nada programado para falar, é mais para entregar a receita mesmo.

Este grupo existe mais para 'desafogar' atendimentos na UBS, eu mesma faço a receita e a médica assina.

Este é um ponto preocupante, pois aponta para a falta de equidade no atendimento, sendo todos os pacientes atendidos da mesma forma. Ainda fere o código de ética do profissional enfermeiro, pois não existe no município protocolo estabelecido para tal conduta (transcrição de medicamentos psicoativos).

Em relação aos registros de informação dos pacientes atendidos em grupo, merece destaque o fato de haver duplicação de instrumentos de registro, além da falta de anotação em prontuário do que é realizado no grupo:

Quando tem algum grupo, é feito um prontuário especial que vai só para o grupo. É problema apenas quando em consulta individual é mudada a medicação. Aí a gente tem que ir atrás do prontuário para ver o que mudou (Auxiliar de Enfermagem).

A maior parte dos grupos formados pelas equipes é de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes. De acordo com a V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, a implementação efetiva de mudanças para o tratamento e acompanhamento adequado dos pacientes portadores de hipertensão arterial deve ser promovida por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada indivíduo. Devem ser complementadas com medidas coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor

relação custo-benefício. Dessa forma, podem ser mantidos, a longo prazo, grupos de pacientes com a participação de familiares e a comunidade (BRASIL, 2006c).

Existe a recomendação de que a equipe de saúde trabalhe com todos os recursos disponíveis para orientação, como educação, motivação e adesão medicamentosa, diminuindo os fatores de risco cardiovasculares. Os recursos podem ser desde o contato individual até a utilização de fontes de informações coletivas, como reuniões, palestras, simpósios, peças teatrais, folhetos, entre outros. Devem ser sempre consideradas as particularidades regionais para a aplicação dos métodos educativos. Nesse tipo de atividade, os indivíduos se identificam com outros que apresentam problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas (BRASIL, 2006c).

Embora tais grupos tenham sido reconhecidos por profissionais das EESF como espaço de educação em saúde na perspectiva de consolidar a participação da população nos serviços, no contexto atual o que pode ser observado é a constituição de grupos de educação em saúde em decorrência da condição patológica (diabéticos, hipertensos), do sexo (mulheres) e da fase de desenvolvimento individual e da família (adolescentes, gestantes). Tudo isso ocorre conforme orientações dos programas ministeriais, o que é válido, porém, o enfoque voltado para as necessidades locais muitas vezes não é contemplado (SILVA et al., 2006).

Segundo as autoras, a realização destes grupos se reduz, na maioria das vezes, às práticas coletivas de informação sobre doenças, procedimentos terapêuticos e convivência com um problema de saúde. Assim, eles articulam uma dimensão superficial de educação em saúde (informação) com uma dimensão terapêutica implícita como a convivência e vínculos afetivos. A realização destes grupos se consolida como uma estratégia clínica assistencial, enquanto a dimensão educativa-participativa e de empoderamento da comunidade para o exercício da cidadania se apresenta reduzida.

Os grupos observados aproximam-se dos resultados encontrados em estudo (PEDROSA; TELES, 2001) que destacam que o objetivo do grupo não seria complementar as ações de educação em saúde e sim realçar que a relação da equipe com a comunidade se vinculava, em grande parte, pela busca de consultas médicas e receita de medicamento.

4.8 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO SIAB PARA LOCALIZAÇÃO ESPACIAL DOS AGRAVOS DE SAÚDE: O USO DO MAPA PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde Coletiva e o ambiente estão intimamente relacionados e são fortemente influenciados pelos padrões de ocupação espacial. Em outras palavras, não é suficiente quantificar ou descrever as características das populações, mas é necessário localizar precisamente onde estão ocorrendo os agravos, como a população está sendo atendida, que serviço está procurando e quais os locais de risco ambiental potencial. Para se trabalhar uma atenção integralizada, é preciso considerar as pessoas como objeto das ações, o meio ambiente em que elas estão inseridas e as relações interpessoais existentes (BRASIL, 2000).

Sendo assim, deve-se construir critérios que levem em conta os recursos disponíveis nos serviços de saúde, além de aspectos demográficos, geográficos e divisões administrativas que configura o espaço social que é organizado de forma dinâmica com as tensões e os conflitos sociais existentes. Alerta-se para a complexidade da construção do território que se realiza por “aproximações sucessivas” e, portanto, nunca está concluído. Esta construção identifica diferentes conjuntos sociais no seu interior que demandam sua identificação, por meio de uma diagramação dinâmica que associa os problemas às condições de vida dos diferentes grupos populacionais, configurando-se nos chamados “mapas inteligentes” (GIACOMINI 1992 apud SILVEIRA, 2008).

O primeiro passo na elaboração da proposta de implantação da ESF é a definição das áreas prioritárias a serem atendidas. Os critérios utilizados para seleção das áreas, quase sempre são pautados por indicadores sociais, epidemiológicos e de acessibilidade (BRASIL, 2004b).

Com os dados coletados pela EESF por meio do SIAB, é possível localizar características importantes que possam influenciar no acesso aos serviços, assim como traçar locais de maior risco social ou ambiental. A visão espacializada dos dados pode beneficiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação de programas, bem como se estender para estudos do contexto socioeconômico e para a vigilância em saúde (ARAÚJO, 2004).

A definição do território pode ser representada por meio de mapas que destacam a área de atuação das EESF. Foi possível observar que nas cinco

regionais, o mapa da área de abrangência era pouco ou não era utilizado pela EESF. Os mapas eram em geral fixados nos locais ou salas destinadas para a EESF.

Em duas das unidades os mapas eram pequenos e confeccionados a mão pelos próprios ACS, por microárea. Não havia identificação da área total e nem todas as microáreas tinham mapa. Na seguinte havia um mapa ampliado da área da equipe em moldura de madeira que estava sendo usado como “porta recados”. Em outra unidade a coordenadora da equipe relata que havia um mapa, mas que ele estava guardado. Nas demais, encontrava-se o mapa dividido por microárea, sem identificações.

Um estudo nacional (BRASIL, 2004d) de caráter avaliativo a respeito da implantação da ESF realizado pelo Ministério da Saúde (2001/2002) mostrou que pouco mais de metade das EESF entrevistadas (55,3%) possuíam mapa da área de abrangência.

Da maneira como foi concebido, o SIAB não permite que os dados das famílias coletados pelos agentes possam ser espacializados com facilidade, devido à falta de inserção do nome e endereço das pessoas cadastradas no sistema. Outro fator que dificulta este processo, é a distribuição das equipes em segmentos, áreas e microáreas com base em parâmetros meramente quantitativos, muitas vezes de forma empírica, sem o auxílio de mapas. Isso ocasiona não-homogeneidade ou mesmo a sobreposição entre as áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde (ARAÚJO, 2004).

O uso dos dados do SIAB para fins de geoprocessamento deve passar por uma reformulação em sua estrutura, e ainda por questões como a integração do SIAB com outros sistemas que atendem demandas epidemiológicas loco regionais (ARAÚJO, 2004).

Acredita-se, entretanto, que mesmo com tais dificuldades, a distribuição dos fatores citados no mapa possa ser mais valorizado pelas EESF, podendo ser utilizado como instrumento de consulta rápida, otimizando o processo de trabalho na identificação microáreas prioritárias.

Concorda-se com Azevedo et al (2006) que os profissionais das EESF ainda não desenvolveram um olhar voltado para o território, como espaço dinâmico, inacabado e em constante processo de mudança, cujas características se refletem na situação de saúde da comunidade. O profissional de saúde, deve se aproximar

da complexa realidade na qual intervém e pela qual lhe é confiada a responsabilidade sanitária, o que implica a exigência de maior compromisso com práticas que favoreçam a promoção de vidas saudáveis.

Por fim, é importante salientar que, da forma como o SIAB vem sendo utilizado pelas equipes – apesar de ser um SIS territorializado, ainda é verticalizado e centralizado, em que tanto o fluxo de informações quanto a discussão destas, obedece uma direção do nível local para o central. Desta forma, a análise dos dados se faz principalmente no nível central, permanecendo os níveis local e regional meros repassadores destes. Isto se reflete na perda de uma das características mais importantes do SIAB que é a possibilidade de utilizar as informações de forma ágil, como um instrumento para construção de indicadores e microlocalização de problemas, dando subsídio ao planejamento para tomada de decisão (SILVA; LAPREGA, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, considera-se importante retomar alguns aspectos metodológicos. Na coleta de dados, utilizou-se questionários e observações que foram de fundamental importância para o alcance dos objetivos propostos. Os resultados encontrados demonstraram que essa técnica foi de extrema valia na elucidação de questões não quantificadas ou não identificadas no início do presente estudo.

Outro aspecto se refere à escolha das sedes regionais como locais de pesquisa. Esta foi pertinente visto que muitas vezes, sendo estas UBS referência para as demais, é provável que a conduta de outras EESF em unidades não sede, seja semelhante às que participaram do estudo. A distribuição das sedes no município possibilitou que houvesse diversidade na população atendida pela EESF, assim como na rotina das UBS.

Não foi observado, porém, diferenças marcantes no trabalho das EESF, o que pode ser explicado pelo planejamento, ou até mesmo a falta deste, em que atividades definidas em âmbito municipal, estadual ou federal nem sempre refletem as necessidades locais. Por outro lado, as discussões realizadas com os diversos profissionais sobre o SIAB, durante a coleta de dados, despertaram de forma indireta um interesse sobre o sistema, motivando-os a saber mais sobre ele.

Foi constatado que nas EESF a utilização do sistema se restringe, na maioria das vezes, ao cadastramento familiar e emissão de relatórios. Desta forma, percebe-se que as informações geradas pelo sistema não têm sido utilizadas para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Constatou-se que o uso do SIAB difere entre os profissionais da equipe, sendo os médicos os que utilizam menos o sistema. Há ainda dificuldade no trabalho em equipe, evidenciada pelo uso de registros informais para a anotação dos dados. Cada profissional o realiza de uma forma, para suprir suas próprias dificuldades. Uma questão a ser repensada é a forma como as instituições formadoras estão capacitando estes profissionais para o trabalho em equipe.

Os ACS são os profissionais que mais fazem uso do SIAB, porém, a falta de discussão e utilização das informações pelo restante da equipe faz com que as informações coletadas sejam pouco valorizadas. Observou-se que a supervisão das fichas preenchidas pelo ACS é insatisfatória, sendo feita de modo informal. O ACS

muitas vezes supre a deficiência de recursos humanos, principalmente administrativos, ficando seu trabalho em segundo plano.

Pode-se sugerir que os aspectos acima relacionados, somados a falta de capacitação dos profissionais têm contribuído para uma baixa confiabilidade dos dados contidos no SIAB, como sugerem estudos já mencionados.

É importante que seja discutida, a implantação dos grupos de atenção à saúde, visto que estes grupos não estão sendo realizados com a finalidade proposta, o de espaço para educação em saúde.

Recursos como o mapa da área de abrangência das Equipes são pouco valorizados, o que poderia auxiliar no trabalho, como para a verificação de barreiras geográficas no planejamento de visitas domiciliares, verificação do acesso desta população ao serviço e espacialização das populações de risco.

Relata-se ainda, que existe hoje um processo de informatização dos serviços de saúde municipal, com a instalação do programa “Gestor Saúde”. Esse programa tem como uma das propostas integrar diferentes SIS. Acredita-se que tal iniciativa possa contribuir para a melhoria na qualidade das informações geradas, porém, como já discutido, a informatização não garante que as informações serão utilizadas ou valorizadas pelos diferentes profissionais. É necessário então que ela seja acompanhada de um processo continuado de educação e capacitação dos profissionais que são os responsáveis pela alimentação e uso das informações destes sistemas.

Recomenda-se, que a SESA implemente a educação, para que a mudança assistencial proposta pela Estratégia Saúde da Família possa se consolidar, atendendo aos princípios orientados pelo SUS, como equidade no atendimento e participação da comunidade na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. L. et al. **A importância da espacialização de dados para a atenção básica em saúde pública – COBRAC 2004**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

AZEVEDO, A.; BARBOSA M. M. G. 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. Bras. Med. Fam. Com.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 93-99, 2006.

BALDIJÃO, M. F. A. Informação em Saúde. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 6, n. 4, out. 1992.

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto / SP**. 2006. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

BRANCO, M. A. F. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede interagencial de informações para saúde**. Disponível em: < <http://www.ripsa.org.br> >. Acesso em: 05 ago. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde**. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br> >. Acesso: em 5 jul. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica**. Disponível em: < <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> > Acesso em: 04 maio 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br> > Acesso em: 02 jun. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de março. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: resolução nº 196/96**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: < <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm> >. Acesso em: 10 ago 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Sistema de informação da atenção básica- SIAB**: indicadores 2003. 6. ed. atual. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde**: roteiros para reflexão e ação. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. 22 ed. São Paulo: Atlas, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde boa e vida melhor para 50 milhões. **Rev. Bras. Saúde da Família**. Ed especial. Brasília: O Ministério, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Portaria 1.329 de 12 de novembro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 1999. Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**: manual. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei orgânica de saúde nº8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de setembro. 1990. Seção I, p.18055.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.

CAPAZZOLO, A. A. **No olho do furacão**. Trabalho médico e programa saúde da família, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

CARVALHO, W. O. Construção de questionário para uso em inquéritos de base populacional: notas metodológicas. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, p. 92-98, supl. 2006.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, n. esp., p. 143-147, 2000.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M., AZEREDO, C. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

FERTONANI, H. P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR**. 2003. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2003.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribu-buna/PSFTito.html>> Acesso em: 10 set. de 2008.

FREITAS, A. C.; MARCOLINO, F. F.; SANTOS, I. G. Agentes comunitários de saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. **Rev. Brás. Promoc. Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 1, p. 4-11, 2008.

FURQUIM, M. A. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível municipal. **IESUS**, v. 7, n. 3, p. 28-33, 1998.

FRANÇA, I. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório**. 2001. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

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

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2006/2009**. Maringá, 2006.

MARINGÁ. **Lei complementar 601 de março de 2006**. Disponível em: <www.maringa.pr.gov.br>. Acesso em: 01 out. 2008.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Maringá, 2002-2003**. Maringá, 2001.

MARUANI, M.; HIRATA, H. (Org). **As novas fronteiras da desigualdade**: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac, 2003.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2001.

MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação na atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v. 21, p. 15-28, 2000.

MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do programa saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 303-16, 2005.

MINAYO, M. C. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: INAYO, M. C.; SOUZA, E.; ASSIS, S. G. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, S. M.; VILLA T. C. S.; GOMES, E. L. R. et al. O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, p. 83-90, abr.1996.

MORAES, I. H. S. **Informação em Saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. 2001. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n.1, p.49-56, 2001.

NORONHA, J. C.; LIMA, L.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARANÁ. Superintendência de Políticas de Atenção Primária em Saúde – SPP Departamento de Atenção Básica – DEAB. **Divisão de Saúde da Família – DVSFA**, 2007. Disponível em: <<http://www.saúde.pr>> Acesso em: 10 ago. 2008.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PINTO, I. C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão em nível local**. 1999. 317 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ. **Mapa da localização das unidades básicas de saúde**, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK V. L. A teorização sobre o processo de trabalho de enfermagem como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-443, 2004.

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

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SAPATA, M. P. M. **Internações hospitalares pelo SUS: perfil epidemiológico e gastos em Maringá – PR, 1998 a 2002**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, Paraná, 1991: um exercício para avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 356-367, 1994.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do sistema de informação básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, J. A.; DALMASO, W. S. A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para o processo e formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-96, 2002

SILVA, M. A. et al. Enfermeiros e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 143-149, 2006.

SILVEIRA, C. H.; Falando de modelos de assistência à saúde e do programa saúde da família do Ministério da Saúde Brasil. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v. 5, p. 66-91, 2008.

SOUZA, E.; MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; VEIGA J. P. Construção de instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C.; SOUZA, E.;

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

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699. dez. 2004.

*Roteiro de Observação***Identificação:**

Unidade de saúde: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Local observado _____

Número da observação: _____ Número da ESF: _____

Tempo da observação: _____

Unidade Básica de Saúde:

- ✓ A unidade funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.
- ✓ Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários, por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.
- ✓ Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da unidade.
- ✓ Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços.

A Equipe de Saúde e a assistência à família:

- ✓ A assistência domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF.
- ✓ Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social.
- ✓ Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço.
- ✓ São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento de problemas sociais de maior expressão local.

⁷ Questionário modificado pela autora.

- ✓ A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.
- ✓ A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.

Uso do SIAB e vigilância em saúde:

- ✓ Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo uma vez por trimestre.

Uso do SIAB pela ESF:

- ✓ O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.
- ✓ A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da Equipe.
- ✓ A Equipe utiliza as informações do SIAB para planejamento do trabalho.
- ✓ A ESF trabalha com mapa de sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade do ACS.
- ✓ A Equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais freqüentes.
- ✓ A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população.
- ✓ O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da ESF e está baseado na análise da situação de saúde da área.
- ✓ O ACS leva as fichas do SIAB em todas as visitas domiciliares.
- ✓ A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.

- ✓ A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.
- ✓ A ESF trabalha com diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.
- ✓ A ESF organiza o “painel de situação” com os mapas, dados e informações de saúde do território.

*Questionário Auto-administrado.***1-Identificação do respondente:**

1.1-Sexo: () Masculino () Feminino

1.2-Data de Nascimento: ___/___/_____.

1.3-Tempo de formação na profissão: _____

1.4-Data de ingresso no PSF: _____

1.5-Data de ingresso na ESF atual: _____

1.6-Tem formação de pós-graduação: () Sim () Não

Qual área?_____.

2-Disparador

(Assinale com um X a(s) alternativa(s) escolhida(s)):

2.1-O que é o SIAB para você?

() Um banco de dados

() Instrumento de monitoramento e avaliação das ESF

() Sistema de informação para planejamento das atividades das ESF

() Não sabe

2-2-Você recebeu capacitação para utilizar o SIAB?

() Sim, curso de capacitação oferecido pela SMS

() Sim, informal com ACS

() Sim, informal com outro profissional

() Não recebi capacitação

3- Opinião do respondente sobre as fichas do SIAB. Assinale com um X nas alternativas escolhidas.

3.1-Você conhece os impressos das fichas e/ou relatórios do SIAB?

() Sim () Não

3.2-Quais as fichas são mais utilizadas e/ou manipuladas por você? E com que frequência você as usa? Assinale com a letra entre parênteses.

(N) Nunca usa (D) Diariamente (S) Semanalmente (Q) Quinzenalmente (M) Mensalmente (B/T) Bimestralmente e/ou trimestralmente (SM) Semestralmente (A) Anualmente.

- Ficha A Cadastro Ficha B Gestante Ficha B Hanseníase
- Ficha B Hipertensão Ficha B Diabetes Ficha B Tuberculose
- Ficha D Registro Atividades
- Relatório A1 Consolidado Anual de Famílias/microárea
- Relatório A2 Consolidado Anual de Famílias/área
- Relatório A3 Consolidado Anual de Famílias/segmento territorial
- Relatório A4 Consolidado Anual de Famílias cadastradas no município
- Relatório SSA2 Situação de Saúde e acompanhamento de Famílias/área
- Relatório SSA4 Situação de Saúde e acompanhamento de Famílias/município
- Relatório PMA2 Relatório Produção de Marcadores para Avaliação/área
- Relatório PMA4 Relatório Produção de Marcadores para Avaliação/município

3.3-Você tem alguma dificuldade em preencher as fichas?

- Sim Não

* Se resposta negativa passe para questão 4.

3.4-Quais são essas dificuldades?

- Falta de capacitação para preencher as fichas
- Não conhece os campos para preencher
- Existem campos que são desnecessários
- Não conheço os termos usados nas fichas

Falta de tempo

Outro_____

4- Opinião e conhecimento sobre o software SIAB (SIAB computador)

4.1-Existe o Software SIAB instalado na UBS?

Sim Não

* Se resposta negativa passe para questão 5

4.2-Você já manipulou o Software SIAB?

Sim Não

4.3-Com que frequência você utiliza o SIAB (computador)?

Diariamente Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente
 Bimestralmente e/ou trimestralmente Semestralmente Anualmente
Não utiliza.

4.4-Para que você utiliza o SIAB (computador)?

Cadastro Relatórios de acompanhamento Relatórios para
recebimento de verbas Relatórios para planejamento de ações
Prestação de contas das atividades para instâncias superiores.

4.5-Você tem alguma dificuldade em operacionalizá-lo?

Sim Não

4.6-A Unidade tem impressora Matricial para impressão dos relatórios do
SIAB?

Sim Não

**5- Opinião sobre o espaço na ESF para discussão sobre o SIAB e, a
importância do mesmo na caracterização da população atendida.**

5.1-Existe espaço para discussão sobre o SIAB e/ou informações geradas por ele, na sua carga horária de trabalho?

Sim Não

* Se resposta negativa passe para 5.3

5.2-Você participa?

Sim, diariamente Sim, semanalmente Sim, quinzenalmente Sim, mensalmente Sim, bimestralmente e/ou trimestralmente Sim, semestralmente Sim, anualmente Não participo.

5.3-Você acha que as informações geradas pelo SIAB são suficientes para caracterizar a população atendida pela ESF?

Sim Não

*Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada (o) senhor(a), sou _____, pesquisador(a) no projeto **Informação em Saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família**, sob orientação da professora Dr^a Maria Jose Scochi, da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Esta pesquisa tem por finalidade estudar o uso do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. A participação como voluntário terá duração apenas no período de resposta ao questionário com duração aproximada de 20 minutos.

O participante não terá nenhuma despesa ou ônus de qualquer espécie ao participar desta pesquisa.

O nome do profissional será mantido em sigilo, assim como o local de trabalho, podendo recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar o consentimento a qualquer momento.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o pesquisador, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar do mesmo.

Assinatura (do pesquisado ou responsável)

Equipe:

1- Nome: Maria José Scochi Telefone: 44-2614511

Endereço Completo: Rua Marechal Deodoro 1275/702

2- Nome: Janaína de Souza Marcolino Telefone:44-99264505

Endereço Completo: Rua Mandaguai, 152/201

Data: ____/____/____