



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: FERRAMENTA DE  
APOIO A DECISÃO NA GERÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Uberlândia Islândia Barbosa Dantas

João Pessoa-PB

2014

**UBERLÂNDIA ISLÂNDIA BARBOSA DANTAS**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: FERRAMENTA DE  
APOIO A DECISÃO NA GERÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito complementar para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:**

Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

**João Pessoa-PB**

**2014**

D192s Dantas, Uberlândia Islândia Barbosa.

Sistema de Informação na Atenção Básica: ferramenta de apoio a decisão na gerência da Estratégia de Saúde da Família / Uberlândia Islândia Barbosa Dantas.-- João Pessoa, 2014. 88f.

Orientador: Sérgio Ribeiro dos Santos

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Cuidado em enfermagem e saúde. 3. Atenção básica - sistema de informação. 4. Políticas e práticas em enfermagem.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

**UBERLÂNDIA ISLÂNDIA BARBOSA DANTAS**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: FERRAMENTA DE  
APOIO A DECISÃO NA GERÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

João Pessoa, 21 de fevereiro de 2014

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos  
Orientador (UFPB)

---

Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes  
Membro Interno (UFPB)

---

Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França  
Membro Externo (UEPB)

*Ao Senhor meu Deus: O Grande El-Shaddai...*

*O todo poderoso Adonai...*

*A minha mamãe que nunca desistiu de mim e que sempre acreditou nesse projeto.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Prof. Dr Sérgio Ribeiro dos Santos pelo aprendizado que me proporcionou e pela paciência dedicada ao longo desse trabalho.

As colegas de mestrado que compartilharam comigo esta caminhada.

A toda a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.

As enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa que possibilitaram a realização desse trabalho.

A minha estimada amiga Mirla Ribeiro pelo carinho e pela paciência.

Ao amigo Leandro Gonçalves pelo estímulo.

Ao meu amado irmão Uberlândio Barbosa Dantas

*Assim diz o Senhor:*

*Não se glorie o sábio na sua sabedoria, nem se glorie o forte na sua força; não se glorie o rico nas suas riquezas, mas o que se gloriar glorie-se nisto: em me entender e me conhecer, que eu sou o Senhor, que faço beneficência, juízo e justiça na terra; porque destas coisas me agrado diz o Senhor.*

*Jeremias 9: 23-24*

Dantas, UIB. Sistema de Informação da Atenção Básica: Ferramenta de apoio a decisão na gerência da Estratégia de Saúde da Família (Dissertação). João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2014.

## RESUMO

**Introdução:** o Sistema Único de Saúde brasileiro tem a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema aos usuários para a rede de saúde sendo a Estratégia de Saúde da Família o modelo de reorganização assistencial do país. Para registrar o trabalho que é feito na ESF é utilizado o Sistema de Informações de Atenção Básica que é um sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. **Objetivo:** este estudo pauta-se pelo objetivo de compreender, através do discurso dos gestores das unidades de saúde, como ocorre a utilização do Sistema de Informações de Atenção Básica, enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão no exercício da gerência da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Esse estudo é resultado de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e descritivo realizada com dezoito enfermeiras dos serviços de saúde dos distritos sanitários do município de João Pessoa - PB. Após a aplicação do questionário norteador utilizou-se para análise dos dados, o método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** foram organizados com as seguintes categorizações: o Sistema de Informações de Atenção Básica e sua utilização; o processo de decisão; dados extraídos do Sistema de Informações de Atenção Básica; treinamento para trabalhar com o Sistema de Informações de Atenção Básica, coleta e registro de dados no Sistema de Informações de Atenção Básica; dificuldades operacionais; processamento e análise das informações; informatizando a coleta de dados; apresentando sugestões; gerenciamento da equipe de saúde e tomada de decisão: uma compreensão. **Conclusão:** ao término do estudo foi possível verificar que o Sistema de Informações de Atenção Básica ainda não alcançou o objetivo de ser um instrumento de reorganização das práticas de trabalho, sendo necessário, que a gestão municipal amplie seus investimentos em tecnologia e na educação permanente dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família para estimular que a informação em saúde seja utilizada como instrumento gerencial para a tomada de decisão em saúde.

**Descritores:** Sistemas de Informação; Gerência; Atenção Básica; Enfermagem de Atenção Primária.

Dantas, UIB. Sistema de Informação da Atenção Básica: Ferramenta de apoio a decisão na gerência da Estratégia de Saúde da Família (Dissertação). João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2014.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** the Brazilian Health System has primary care as the first point of attention and main entrance system users for network health and the Family Health Strategy model healthcare reorganization of the country. To register the work that is done in the ESF is used the Information System of Primary Care which is a computer system of the Department of Health System designed to aggregate and process information about the visited population. **Objectives:** This study is guided by the goal of understanding, through the discourse of managers of health facilities, such as the use of the Information System Primary Care as a tool to support decision making in the financial management of the Family Health Strategy is. This study is the result of a field research, exploratory and descriptive study conducted with eighteen nurses of health services in the health districts of the city of João Pessoa - PB. After applying the guiding questionnaire was used for data analysis, the method of the Collective Subject Discourse. **Results:** were organized according to the following categorization: the Information System for Basic and utilization; decision making, data extracted from the Primary Care Information System; training to work with the Information System for Basic, collection and recording data in the Primary Care information System; operational difficulties, processing and analysis of information; computerizing data collection, making suggestions, team management and health decision making: an understanding. **Conclusion:** At the end of the study we found that the Information System of Primary Care has not yet reached the goal of being an instrument of reorganization of work practices, if necessary, the municipal management expand their investments in technology and continuing education of professionals working in family health strategy to stimulate the health information is used as a management tool for decision making in health.

**Descriptors:** Information Systems, Management, Primary Care Nursing, Primary Care.

Dantas, UIB. Sistema de Informação da Atenção Básica: Ferramenta de apoio a decisão na gerência da Estratégia de Saúde da Família (Dissertação). João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2014.

## RESUMEN

**Introducción:** el Sistema de Salud de Brasil tiene la atención primaria como el primer punto de atención y el sistema de entrada principal para los usuarios de salud de la red y de la Estrategia de Salud Familiar de la reorganización del modelo de atención médica del país. Para registrar el trabajo que se realiza en el FSE se utiliza el Sistema de Información de Atención Primaria, que es un sistema informático del Departamento de Sistema de Salud diseñada para agregar y procesar información sobre la población visitada. **Objetivo:** Este estudio está guiado por el objetivo de la comprensión, a través del discurso de los gestores de las instalaciones de salud, tales como el uso de la Atención Primaria del Sistema de Información como una herramienta para apoyar la toma de decisiones en la gestión financiera de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** este estudio es el resultado de una investigación de campo de estudio, exploratorio y descriptivo realizado con dieciocho enfermeras de los servicios de salud en los distritos de salud de la ciudad de João Pessoa - PB. Después de la aplicación se utilizó el cuestionario de orientación para el análisis de datos, el método de la Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** los resultados fueron organizados de acuerdo a la siguiente clasificación : el Sistema de Información para el básico y la utilización , la toma de decisiones, los datos extraídos del Sistema de Información de Atención Primaria; capacitación para trabajar con el Sistema de Información para Basic, recopilación y registro los datos en el sistema de Información de Atención Primaria , las dificultades operacionales , procesamiento y análisis de información, la informatización de la recopilación de datos , hacer sugerencias , gestión de equipos y la toma de decisiones en salud : un entendimiento. **Conclusiones:** al final del estudio, se encontró que el Sistema de Información de Atención Primaria aún no ha alcanzado el objetivo de ser un instrumento de la reorganización de las prácticas de trabajo, en caso necesario, la gestión municipal a ampliar sus inversiones en tecnología y formación continuada de los profesionales trabajando en la estrategia de salud de la familia para estimular la información de salud es utilizada como una herramienta de gestión para la toma de decisiones en salud.

**Descriptores:** Sistemas de Información, Administración, Enfermería de Atención Primaria, Atención Primaria.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: Como você utiliza o sistema de informações de atenção básica (SIAB) no exercício de suas atividades na Estratégia de Saúde da Família?..... 41
- Quadro 02** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao questionamento: Você considera o SIAB uma ferramenta que auxilia a tomada de decisão dentro da ESF? Caso sim, como?..... 43
- Quadro 03** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: Que dados extraídos do SIAB são indispensáveis no apoio à tomada de decisão na sua ESF?..... 45
- Quadro 04** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: Você recebeu algum treinamento que lhe capacitasse a usar o SIAB? Caso sim, que tipo de curso e qual a carga horária?..... 46
- Quadro 05** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: Descreva como ocorre a coleta e o registro de dados do SIAB na sua USF..... 47
- Quadro 06** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: Aponte as dificuldades encontradas no preenchimento e análise das fichas e relatórios do SIAB..... 48
- Quadro 07** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: descreva como é a rotina de processamento e de análise das informações do SIAB na sua USF..... 49
- Quadro 08** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: em sua opinião, se fosse desenvolvido um sistema informatizado para coletar os dados do SIAB em sua unidade, isso facilitaria o trabalho da ESF?..... 50
- Quadro 09** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: o que você sugere para melhorar a operacionalização do SIAB?..... 51

- Quadro 10** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: você se considera a gerente da sua equipe de saúde?... 52
- Quadro 11** - Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: o que você entende por tomada de decisão?..... 54

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	
<b>ABSTRACT</b> .....	
<b>RESUMEN</b> .....	
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO.....	14
1.2 OBJETIVOS.....	18
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	19
2.1 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO.....	19
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ATENÇÃO BÁSICA.....	20
2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
2.4 FERRAMENTAS DE GESTÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	25
2.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE.....	28
2.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- SIAB.....	34
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	37
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	40
4.1 PERFIL PESSOAL E PROFISSIONAL.....	40
4.2 O discurso dos participantes do estudo.....	40
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	55
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
<b>Apêndice A</b> - Termo Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
<b>Apêndice B</b> – Questionário.....	64
<b>Anexo A</b> – Fichas de Cadastro e Acompanhamento do SIAB.....	65

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e teve a organização de sua rede de serviços, assim como, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa disposta na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que foi regulamentada recentemente pelo decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011. Este sistema define e organiza as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

As RAS constituem um modelo de organização formado por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais. Articulados de forma complementar e com base territorial, ademais de diversos atributos, destaca-se a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde <sup>(1)</sup>.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A atenção básica está orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social <sup>(1)</sup>.

Além disso, novas iniciativas do SUS articulam-se com a Política da Atenção Básica como: o Programa Saúde na Escola, a Academia da Saúde, o Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa e o Consultório na Rua <sup>(2)</sup>.

Para assegurar a efetivação da Política de Atenção Básica, o Ministério da Saúde em 1994, lançou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa à reorganização e a reorientação do modelo assistencial no País, de acordo com os preceitos do SUS. Esse novo modelo surgiu no momento em que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais às mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas <sup>(3)</sup>.

Logo, a ESF foi adotada no Brasil, como um modelo de reorientação assistencial, organizada, através da 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, tendo como principal estratégia o estabelecimento de vínculo e a co-responsabilidade entre usuários e profissionais de saúde, sendo a família, o objeto primordial de atenção no ambiente em que vive <sup>(4)</sup>.

Dentro da Política Nacional de Atenção Básica, encontram-se as atribuições específicas e comuns a todos os profissionais da equipe de saúde da família, respeitando as competências e as responsabilidades comuns à equipe e a cada profissional da ESF. Algumas das responsabilidades compartilhadas entre todos os profissionais de formação superior que compõem a Equipe de Saúde da Família, é a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; a garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica e a realização de reuniões de equipes, a fim de discutir em conjunto, o planejamento e a avaliação das ações da equipe e a partir da utilização dos dados disponíveis <sup>(2)</sup>.

Para registrar o trabalho que é feito na Estratégia de Saúde da Família, é utilizado o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), que é um sistema do Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento, e analisadas, a partir dos relatórios de consolidação dos dados <sup>(2)</sup>.

O SIAB, que foi criado em 1998 pelo Departamento da Atenção Básica/Secretaria da Atenção à Saúde, em conjunto com o DATASUS, é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) <sup>(2)</sup>.

Esse sistema se constitui em uma ferramenta de apoio às equipes de saúde da família para identificar problemas individuais e coletivos, propiciando elementos para a análise do processo saúde/doença, tendo a territorialização como aliada para identificar problemas de saúde e desigualdades, contribuindo para a implementação de políticas de redução e de iniquidades, favorecendo também a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde <sup>(5)</sup>.

Os principais instrumentos de coleta de dados do SIAB são:

- Ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, preenchida pelo agente comunitário de saúde (ACS) no momento do cadastramento das famílias, sendo atualizada permanentemente;
- Fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, no momento de realização das visitas domiciliares;
- Fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde.

Os dados gerados através dessas fichas são, em grande parte, agregados e alguns são consolidados antes de serem lançados no programa informatizado. Após o processamento dos dados, é produzido relatórios de indicadores do SIAB que, entre outros, se destacam:

- Consolidado de Famílias Cadastradas - apresenta os indicadores demográficos e sócio-sanitários por micro-área, área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região;
- Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias - que consolida mensalmente as informações sobre situação de saúde das famílias acompanhadas por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região;
- Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação - que consolida mensalmente as informações sobre produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região.

É importante destacar que a apuração correta e fidedigna dos dados do SIAB, assim como o preenchimento dos relatórios, devem fazer parte do trabalho diário dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, e que o não preenchimento dessas fichas e dos relatórios prejudicam a avaliação de suas atividades, podendo levar ao descredenciamento da equipe e ao corte dos repasses financeiros junto ao Ministério da Saúde <sup>(2)</sup>.

Desse modo, os sistemas de informação em saúde podem selecionar os dados para transformá-los em informação, propiciando à gestão dos serviços, os subsídios necessários para o processo de tomada de decisão <sup>(6)</sup>. Segundo Starfield <sup>(7)</sup>, os sistemas de informação na atenção primária têm três objetivos principais: administrativo, atenção clínica nos níveis individual e populacional e geração de conhecimento.

As funções administrativas utilizam as informações para acompanhar e monitorar a prestação dos serviços de saúde, garantir o financiamento federal regularmente no fundo municipal de saúde e a pesquisa sobre a efetividade dos serviços. Já a atenção clínica faz uso dos sistemas para obter informações a respeito das necessidades de saúde dos indivíduos e do acompanhamento que está sendo prestado ao usuário em diferentes momentos <sup>(7)</sup>.

Hoje, a capacidade tecnológica não é mais a barreira para sistemas de informação efetivos. As novidades na área de desenvolvimento de sistemas computacionais são inúmeras, de forma que não existem barreiras para a transferência rápida e precisa de informações com a devida segurança para manter sua confidencialidade.

O nosso primeiro contato com o gerenciamento e os sistemas de informação aconteceu quando trabalhei como coordenadora da Atenção Básica no Estado da Bahia, e anos mais tarde, quando tive a oportunidade de compor o grupo de trabalho da gestão da informação da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa- Paraíba. Assim, a grande motivação para realização desse estudo, partiu da vivência profissional como enfermeira sanitária, atuando no monitoramento e avaliação dos sistemas de informação e indicadores de saúde.

A inserção dentro da gestão municipal permitiu conhecer o processo de trabalho na atenção básica e como ocorre a coleta, o processamento e a análise dos dados alimentados no sistema de informação da atenção básica, provocando em mim alguns questionamentos acerca do uso da informação em saúde.

Incentivada pelo desejo do conhecimento e pelo trabalho no Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Saúde (GEPAIE) da Universidade Federal da Paraíba, que busca desenvolver projetos capazes de estudar paradigmas frente às novas tecnologias da informação, o presente estudo busca respostas para as seguintes perguntas relacionadas à utilização do SIAB: Como está sendo operacionalizado o Sistema de Informação da Atenção Básica enquanto ferramenta de apoio à decisão da gerência de Estratégia de Saúde da Família? Como acontece a coleta dos dados, processamento e análise dos relatórios do SIAB? E, quais as informações produzidas pelo sistema são usadas pelos gestores para tomada de decisão e intervenções junto à comunidade?

Com base nas questões de investigação traçadas, foi possível guiar esse estudo com o máximo de rigor e objetividade, assim como permitiu maior aprofundamento como o Sistema de Informações de Atenção Básica que é utilizado para apoio à tomada de decisão nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa- PB, desvelando conhecimento do processo de trabalho em saúde nas ESF, democratizando as informações adquiridas, tendo em vista a grande demanda de informações em saúde e os constantes desafios de gerenciá-las de forma interventista.

## 1.2 OBJETIVOS

Assim, no sentido de nortear as diversas questões, este estudo pauta-se pelos seguintes objetivos:

- Compreender, através do discurso dos gestores das unidades de saúde, como ocorre a utilização do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão no exercício da gerência da Estratégia de Saúde da Família;
- Descrever o processo de coleta e processamento das informações do SIAB nas USF do município de João Pessoa – Paraíba;
- Identificar as informações, com base no SIAB, que gestores das Unidades de Saúde da Família necessitam para a tomada de decisão.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

No período de 1897 a 1930, as ações de saúde pública estavam relacionadas com o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, se limitando às ações de saneamento e combate às endemias, desenvolvendo a prática do sanitarismo campanhista, garantindo acesso a saúde exclusivamente para os trabalhadores empregados <sup>(8)</sup>.

Em 1923, surgiu a Previdência Social no Brasil, regulamentada pelo Decreto Legislativo, que ficou conhecido como Lei Elói Chaves, criando as APS - Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), garantindo direito e benefícios somente aos trabalhadores que contribuía com a Previdência <sup>(8)</sup>.

Para os autores, após a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, a ênfase governamental começa a se deslocar para a assistência médica individual. Destacando que a partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

No governo do General Eurico Gaspar Dutra (1948), foi criado e implantado o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) e em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS), que se dedicou às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Merece destaque o fato de que até esse momento histórico, a assistência médica era desenvolvida como estratégia para amenizar tensões sociais e controlar a força de trabalho <sup>(8)</sup>.

Então, com a fusão dos IAP, originou-se em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniformizou e centralizou a previdência social. Ao longo dessas décadas, as políticas de saúde estavam centradas nas ações de caráter coletivo, e a cargo do Ministério da Saúde. Já a assistência médica individual, estava centrada no INPS <sup>(8)</sup>.

No entanto, paralelamente ao desenvolvimento das ações que estavam sendo desenvolvidas pelo governo, teve início um movimento intelectual e político que se fortaleceu em 1976, com a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que marcou o começo da mobilização social, que se convencionou chamar: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) <sup>(3)</sup>.

Esse movimento foi o condutor da VIII Conferência Nacional da Saúde, que aconteceu em 1986, e que formalizou as propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e subsidiou a elaboração da Constituição Federal do Brasil de 1988, promovendo mudanças na saúde do Brasil e ampliando o conceito de saúde e assistência de forma integral <sup>(3)</sup>.

De acordo com a Constituição do Brasil, o Sistema Único de Saúde passa a oferecer a população atendimento universal, conforme o Art. 198 “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências*”<sup>(9)</sup>. Mas, só em 1990 foram publicadas as Leis Nº 8.080/90 e a 8.142/90: a primeira traz orientações constitucionais para o Sistema Único de Saúde, já a segunda assegura o envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde, criando as conferências e os conselhos de saúde nas três esferas de governo.

É importante destacar as normas operacionais (NOB) que foram editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1993 e 1996, que apontaram para um novo modelo de gestão e financiamento em saúde. Assim, para assegurar mais transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações interfederativas e maior controle social, foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que tem o papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria do Sistema Único de Saúde<sup>(1)</sup>.

Este Decreto, traz como disposições preliminares: o conceito de região de saúde; o Contrato Organizativo de Ação Pública, institucionalização da gestão compartilhada do SUS através das Comissões Intergestoras; descreve sobre Mapas de Saúde e Redes de Atenção a Saúde, sobre os serviços especiais de acesso aberto, sobre os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a organização das portas de entrada para os serviços do SUS<sup>(1)</sup>.

Segundo o Decreto Nº 7.508, as Redes de Atenção à Saúde são: um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Portanto, a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários, e está sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde<sup>(1)</sup>.

## 2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA

Várias são as interpretações atribuídas ao conceito de atenção primária, que se explicam pela trajetória histórica e em função da ambigüidade das definições estabelecidas em fóruns internacionais. As interpretações variam de: a) estratégia de reordenamento do setor saúde; b) estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e c) programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas

necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade <sup>(10)</sup>.

Alguns autores utilizam os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde como sinônimos, seja na perspectiva de unidades locais ou para descrever um nível de assistência. Outros pesquisadores colocam a atenção primária à saúde como o serviço de saúde do primeiro nível de atenção, considerando sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo nas Unidades Básicas de Saúde sua instância operacional com nível próprio de atendimento <sup>(10)</sup>.

No entanto, Starfield <sup>(7)</sup>, descreve à Atenção Primária como um sistema de saúde que oferece acolhimento das necessidades e problemas dos indivíduos, compartilhando características com outros níveis dos sistemas de saúde como: a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; prevenção, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. Para esta autora, a Atenção Primária é responsável por organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto os básicos como os especializados, regulando e redirecionando para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Alguns estudos asseguram que a Atenção Básica é o acrônimo correspondente ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde, e que no Brasil vem moldando-se sobre o formato da Estratégia de Saúde da Família (ESF) <sup>(11)</sup>.

Com a implantação do SUS em 1990, foi definido o princípio da universalidade das ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços de saúde sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização <sup>(13)</sup>.

Na realidade a criação do Sistema Único de Saúde e a Lei Nº 8.080/90 redesenhou a história dos serviços de saúde, explicitando mecanismos de controle operacional e financeiro, descrevendo a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde e apontando a Estratégia de Saúde da Família como base de apoio. Desse modo, os serviços de saúde municipais são freqüentemente conceituados como Atenção Básica. Portanto, considerando a Atenção Básica como o primeiro nível de atenção do SUS, as suas ações desenvolvem-se no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção à saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, visando à manutenção da saúde, com a integração de ações programáticas e demanda espontânea; o trabalho, que é realizado de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede de serviços, com acesso a outros níveis do sistema de saúde, tendo como fundamentos a garantia de acesso universal e contínuo e a efetivação da integralidade <sup>(13)</sup>.

Nessa perspectiva, a integralidade se constitui uma diretriz fundamental para orientar a organização dos serviços de saúde, de forma a responder às necessidades individuais e coletivas dos usuários.

A Atenção Básica utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que visam auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento precisa de acolhimento <sup>(2)</sup>.

É importante salientar que o resultado das lutas e conquistas de um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como: movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo proporcionou a criação da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria Nº 2.488/2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) <sup>(2)</sup>.

Logo, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) definiu que, para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Equipe de Saúde da Família (ESF) deve haver uma estrutura mínima que possibilite o funcionamento com autonomia junto à população adscrita recomendada, visando qualificar e humanizar a atenção prestada à saúde <sup>(2)</sup>.

Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica foram atualizados novos conceitos na política e introduzidos elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção a Saúde, incluindo as equipes de atenção básica os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e para atendimento a população em situação de rua denominada Consultórios na Rua <sup>(2)</sup>.

Assim como, a PNAB amplia suas ações na perspectiva da intersetorialidade realizando parcerias como: o Programa Saúde na Escola, os pólos de Academia da Saúde, somando forças com as equipes do “Melhor em Casa” garantindo assistência domiciliar e o uso do Telessaúde como ferramenta de apoio ao processo de educação permanente das ESF dos municípios <sup>(2)</sup>.

Portanto, a consolidação e o aprimoramento da atenção básica impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho <sup>(2)</sup>.

Para Starfield<sup>(7)</sup>, os sistemas de informação na atenção primária têm três objetivos principais: administrativo, atenção clínica nos níveis individual e populacional e geração de conhecimento.

Assim, as funções administrativas tradicionais requerem que as informações sejam obtidas e transferidas para permitir o acompanhamento dos processos de prestação dos serviços de saúde, de forma que o financiamento e reembolso sejam adequados e oportunos. A atenção clínica, por sua vez, envolve as funções básicas da transferência das informações necessárias a respeito das necessidades de saúde dos indivíduos e a atenção à saúde no manejo clínico e o conhecimento gerado pelas informações dos sistemas deveria ser levadas em consideração na decisão sobre as estratégias de manejo adequado ao atendimento individual e coletivo <sup>(7)</sup>.

### 2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No decorrer de 1993, foi iniciada ampla discussão sobre os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), estabelecidos para facilitar o alcance das metas, por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população, de forma descentralizada, participativa e preventiva<sup>(13)</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF), surgiu em 1994 no Brasil, a partir de uma iniciativa do Município de Quixadá, localizado no sertão central do Ceará, com as primeiras equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>(13)</sup>. Cabe assinalar que, o êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) impulsionou a formação do Programa Saúde da Família (PSF), surgindo o primeiro documento do programa, em setembro de 1994 <sup>(13)</sup>. Logo, o PSF teve início, quando o Ministério da Saúde formulou e instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, priorizando a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo<sup>(12)</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF tem como objetivo incorporar e reafirmar os princípios do SUS, através da estruturação das Unidades de Saúde da Família, que devem possuir como característica: a integralidade e a hierarquização, a territorialização e o cadastramento da clientela e da equipe multiprofissional <sup>(4)</sup>. Portanto, a Estratégia Saúde da Família visa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população<sup>(4)</sup>.

No entanto, o Ministério da Saúde ressalta que a ESF deve estar vinculada à rede de serviços de saúde disponível no território, apoiando-se nos princípios da Vigilância à Saúde, de forma a assegurar a integralidade da assistência dos indivíduos e das famílias, de modo a realizar a referência e a contra-referência para os serviços de maior complexidade<sup>(15)</sup>.

Em relação à territorialização e ao cadastramento da clientela, a ESF deve trabalhar com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita)<sup>(4)</sup>. Nesse sentido, os itens necessários à Estratégia Saúde da Família são a existência da equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal<sup>(2)</sup>.

Assim, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo 12 por equipe de Saúde da Família, com um máximo de 750 pessoas para cada um deles, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe<sup>(2)</sup>.

Cada quadro de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que este número considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe<sup>(2)</sup>.

Cabe ressaltar que as Equipes de Saúde da Família possuem como característica do processo de trabalho: a definição do território de atuação e de população sob sua responsabilidade; a programação e implementação das atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população; a priorização dos grupos de risco; a realização do acolhimento com escuta qualificada; a promoção da atenção integral, contínua e organizada; o desenvolvimento de ações educativas; o estímulo a participação coletiva nos processos de gestão; a participação do planejamento local de saúde e o desenvolvimento de ações intersetoriais e a atenção domiciliar<sup>(2)</sup>. Destacando que as atribuições dos profissionais da atenção básica devem seguir e respeitar as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das<sup>(2)</sup>.

Desta forma, a ESF surge como estratégia de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, no sentido de imprimir uma nova dinâmica aos serviços oferecidos, estabelecendo uma relação de vínculo

com a comunidade, humanizando práticas direcionadas à vigilância à saúde na perspectiva da intersectorialidade.

#### 2.4 FERRAMENTAS DE GESTÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O termo trabalho é de origem latina e apresenta diversificadas definições, como a descrita por Marx <sup>(16)</sup>, filósofo alemão do século XIX, que definiu trabalho como: um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.

Segundo Peduzzi<sup>(17)</sup>, trabalho é o ato humano pelo qual os homens em sociedade transformam a sua existência, tanto no plano material como na subjetividade, se condicionando mutuamente. No entanto, o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e tem como produto a própria realização da atividade. Sendo um trabalho de caráter coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos de trabalhadores, que desenvolvem atividades específicas de sua profissão, mas complementares ao cuidado <sup>(18)</sup>.

Sabe-se que o processo de trabalho em saúde foi influenciado por diversas concepções, sendo fortemente desenhado pelo modelo biomédico e o cartesianismo que influenciaram a formação de muitos profissionais da saúde.

Atualmente, as atividades laborais na Atenção Básica dentro da Equipe de Saúde da Família tem como pressuposto básico o trabalho em equipe e o cuidado do indivíduo na sua integralidade divergindo do modelo biomédico cartesiano<sup>(2)</sup>.

A ESF propõe-se a promover reflexões sobre a Educação em Saúde para ampliar o acesso da população às informações sobre sua própria saúde, auxiliando a construir a cidadania e a autonomia da comunidade. Fomentando a socialização dos saberes do cuidado em saúde entre profissionais e usuários com o intuito de incentivar a participação social nos determinantes da saúde da comunidade<sup>(2)</sup>.

Assim, levando em consideração as necessidades do novo perfil de profissional desejado para o modelo de oferta de cuidado em saúde, as instituições relacionadas ao ensino de enfermagem foram as primeiras da área de saúde que se mobilizaram para traçar as diretrizes gerais para a educação em enfermagem no Brasil. No processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) buscava-se formar um perfil de profissional com competências, habilidades e conhecimentos para atuar no Sistema Único de Saúde<sup>(18)</sup>.

As diretrizes curriculares nacionais da Enfermagem apontam para uma formação na graduação que possibilite o exercício das seguintes competências e habilidades gerais dos

profissionais de saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Entre as seis competências apontadas destacam cinco que podem ser caracterizadas como competências gerenciais<sup>(19)</sup>.

Acrescentando que o alicerce para a aquisição das habilidades do enfermeiro (a) estão construídos com base em saberes da Administração como: as teorias administrativas, as ferramentas específicas da gerência, o processo de trabalho, a ética no gerenciamento, os conhecimentos sobre cultura e poder organizacional, negociação, trabalho em equipe, qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador, gerenciamento de pessoas, dimensionamento de pessoal, gerenciamento de recursos materiais, custos, recursos físicos, sistemas de informação e processo decisório<sup>(20)</sup>.

Diante do exposto, é visto que a Enfermagem possui um processo de trabalho complexo e que apresenta uma combinação de três áreas, que estão intrinsicamente ligadas e que muitas vezes acontecem simultaneamente sendo elas: o cuidado, a educação e a gerência dos serviços de Enfermagem surgindo como uma tríade do exercício profissional do enfermeiro para a realização do cuidado ao ser humano<sup>(21)</sup>.

Todas essas habilidades gerenciais descritas como necessárias para o desempenho do exercício da enfermagem permitiu-nos compreender que a gerência é uma ferramenta aliada do processo de trabalho do enfermeiro para desenvolver seu cuidado relativo à promoção, prevenção, proteção e reabilitação.

É importante ressaltar que, o gerenciamento em Enfermagem, refere-se a uma atividade polêmica visto que, cada vez mais tem exigido dos profissionais competências que se ajustem as tendências administrativas que convergem para os anseios da organização e dos gestores das instituições de saúde<sup>(22)</sup>.

Segundo as autoras, cabe destacar que a ação de gerenciamento é conferida privativamente ao enfermeiro, que, conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, disposta, no Artigo 11 sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem no Brasil, que assegura ao enfermeiro todas as atividades de enfermagem, no entanto são privativos à direção dos órgãos de enfermagem da instituição de saúde pública e privada e à chefia de serviço e de unidade de enfermagem, a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem.

Enquanto que o enfermeiro educador é responsável por provocar a reflexão da prática do cuidado e do trabalho gerencial para possibilitar a realização do cuidado e da educação em seu ambiente de trabalho.

Outras atividades que o enfermeiro está frequentemente envolvido são: o planejamento das atividades assistenciais, educacionais e/ou gerenciais; identificando e promovendo a educação continuada dos funcionários; realizando o planejamento, o monitoramento e avaliação de programas de saúde e tomando decisões frente às diversas demandas dos serviços de saúde.

Segundo Marquis e Huston<sup>(23)</sup>, a tomada de decisão é a tarefa mais importante de um profissional administrativo, em todas as fases de seu processo de trabalho ela antecede a ação propriamente dita desde a identificação do problema até a escolha da ação. Nesse sentido, a informação é instrumento essencial para a tomada de decisões, é uma ferramenta imprescindível à vigilância em saúde, por ser fator desencadeador do processo - informação-decisão-ação<sup>(13)</sup>.

Etimologicamente, a palavra decisão é formada por *de* (que em latim e significa parar, interromper) anteposta à palavra *caedere* (que significa cindir, cortar). Assim, tomada ao pé da letra, a palavra decisão significa “parar de cortar” ou “deixar fluir”. O processo de tomada de decisão caracteriza-se pela escolha por parte de um centro decisor (um ou mais indivíduos) da melhor alternativa, entre as disponíveis, para a solução de certo problema<sup>(24)</sup>.

Desse modo, o termo tomada de decisão ou processo decisório pode ser compreendido pela escolha entre duas ou mais alternativas que possibilite atingir um determinado resultado e suas etapas são: a identificação do problema, a reunião de dados para análise das causas e das consequências do problema, a investigação de soluções alternativas, a avaliação das alternativas, a escolha da solução adequada, a implementação da solução escolhida e a consequente avaliação dos resultados<sup>(11)</sup>.

Montana<sup>(24)</sup>, em seus estudos sobre o tema, revela que todo gerente, não importa qual seja sua atividade específica, toma decisões durante a realização de seu processo de trabalho. Pode-se considerar que tal fato apresenta a tomada de decisão como função comum dos gerentes. Assim, alguns autores utilizam o termo ‘tomadores de decisões’ no lugar de gerentes.

Guimarães e Évora<sup>(25)</sup>, argumentam que, no processo de trabalho, a tomada de decisão pode ser considerada a função que caracteriza o desempenho da gerência, entretanto, independente do aspecto da decisão, ela deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema, a partir da obtenção de dados, produção de informação, em

seguida, o estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão mais adequada, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos.

Nesse sentido, todo gerente precisa de informações atualizadas, confiáveis e completas para tomar decisões sobre as operações e o desempenho das ações da unidade ou do serviço sob sua responsabilidade, pois durante o processo de enfrentamento de problemas, poderá realizar inferências, planejar, implantar e implementar ações, a partir das informações que estejam disponíveis.

O processo de municipalização da saúde determina que a gestão dos serviços básicos passe a ser da responsabilidade do município, enfatizando a importância do papel gerencial no processo de reorganização das Unidades Básicas de Saúde. Desse modo, a atual proposição política para a área de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS) – vislumbra uma reorganização técnica e gerencial dos serviços, de forma que haja uma transformação nas práticas das ações de saúde vigentes<sup>(1)</sup>

Nesse contexto, é essencial repensar a prática gerencial nas Unidades Básicas de Saúde, objetivando melhorar o cuidado à população, cooperando para o desenvolvimento de serviços de saúde efetivos e capazes de executar ações compatíveis com as propostas do SUS.

Portanto, a relação entre Sistema Único de Saúde, Atenção Básica e Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família, formação profissional do enfermeiro, assim como, as multifacetadas do processo de trabalho do enfermeiro possibilita a compreensão de como é utilizado à informação em saúde, enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão pelo enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.

## 2.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E A GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE

A ciência moderna é caracterizada por uma grande fragmentação, determinada pela enorme soma de dados, pelas variadas técnicas e correntes teóricas de cada campo do conhecimento tendo sido a ciência dividida em inúmeras disciplinas que geraram novas subdisciplinas<sup>(26)</sup>.

O austríaco Karl Ludwig Von Bertalanffy, biólogo e fundador da Teoria Geral dos Sistemas não concordava com a visão cartesiana do universo e criticou a visão de que o mundo deveria ser dividido em diferentes áreas, como física, química, biologia e psicologia, ao contrário, sugeriu que deveríamos estudar os sistemas globalmente, de forma a envolver todas as suas interdependências, pois cada um dos elementos, ao serem reunidos para

constituir uma unidade funcional maior, desenvolvem qualidades que não se encontram em seus componentes isolados<sup>(26)</sup>.

Bertalanffy difundiu a idéia de que o organismo é um todo maior que a soma de suas partes, demonstrando que é necessário compreender os sistemas globalmente, de forma a envolver todas as suas interdependências. Portanto, a Teoria Geral dos Sistemas é uma ciência geral da totalidade, aplicável às várias ciências empíricas que define sistema como um “conjunto de elementos em interação”<sup>(26)</sup>.

Os sistemas podem ser classificados em fechados e abertos onde o primeiro é considerado isolado do seu ambiente e o segundo está passivo de sofrer interações com o ambiente onde está inserido. Segundo a teoria de sistemas, ao invés de se reduzir uma entidade (um animal, p ex.) para o estudo individual das propriedades de suas partes ou elementos (órgãos ou células) se deve focalizar no arranjo do todo, ou seja, nas relações entre as partes que se interconectam e interagem orgânica e estatisticamente<sup>(26)</sup>.

Um importante enfoque que pode ser retirado da Teoria Geral dos Sistemas é a da Teoria da Informação que se baseia no conceito de informação definido por uma expressão isomórfica à da entropia negativa da termodinâmica implicando na expectativa de que a informação possa ser usada como medida de organização<sup>(26)</sup>.

E em que pode essa teoria contribuir para as ciências dos homens? Segundo Bertalanffy<sup>(26)</sup>:

“essa nova ‘imagem do homem’, substituindo o conceito de robô pelo de sistema, acentuando a atividade imanente em lugar da reatividade dirigida para o exterior, e reconhecendo a especificidade da cultura humana comparada ao comportamento animal deve levar a uma fundamental reavaliação dos problemas da educação, do treinamento, da psicoterapia e das atividades humanas em geral” p.248.

Assim, a gestão da informação e do conhecimento facilita o uso da informação para tomada de decisões gerando conhecimentos organizacionais e a nova sociedade tem buscado dos serviços de saúde um novo perfil capaz de responder as necessidades dos usuários que estão em busca de resultados eficazes. Por sua vez, a gestão pública precisa estar capacitada para responder com agilidade e qualidade a esse novo usuário<sup>(27)</sup>.

Para vencer esse desafio, são necessárias novas estratégias gerenciais que repensem os velhos modelos e provoquem mudanças posturais para que a eficácia e a eficiência dos serviços possam ser traduzidas como melhorias no atendimento à população, visto que, com o

advento da internet foi revolucionado o modo de acesso das pessoas as informações e aos serviços de saúde<sup>(27)</sup>.

É importante aqui fazer a distinção entre dado, informação e conhecimento, para que não haja confusões conceituais. Compreendendo dado como valor sem significado, mas um componente de informação. A informação é o dado com significado, que está organizado, processado ou estruturado e o conhecimento é a informação com valor agregado, elemento habilitador da decisão<sup>(28)</sup>.

No Brasil, as informações em saúde são produzidas a partir do processamento dos dados presentes nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) ou de pesquisas de bases populacionais<sup>(12)</sup>.

Sabe-se que, os Sistemas de Informações em Saúde no Brasil surgiram associados aos grandes movimentos que marcaram a história da saúde pública desde o início, do século XX, quando eram criadas áreas técnicas de atenção a problemas de saúde coletiva como controle de doenças: a febre amarela, malária, tuberculose, poliomielite e varíola, em seguida era criado um sistema de informação restrito para aquela necessidade<sup>(29)</sup>.

Desse modo, foram desenvolvidos diversos aplicativos e sistemas para atenderem as necessidades decorrentes da organização, do crescimento e da ampliação do SUS. Mas, para dar suporte à implantação do processo de informatização das ações, em 1971, foi criado o Núcleo de Informática do Ministério da Saúde, cuja missão foi desenhar e implementar o Sistema de Informação em Saúde<sup>(29)</sup>.

Logo, com a promulgação da constituinte ocorreram diversas reformas no governo, dentre elas a que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde. Então, surgiu à necessidade da criação de uma infra-estrutura de informática que pudesse manter os sistemas de controle e pagamento da rede conveniada do INAMPS e desenvolver novas aplicações para apoiar as demais ações da área de saúde e mediante Decreto nº100 de 16/04/1991 foi criado o Departamento de Informática do SUS (DATASUS)<sup>(29)</sup>.

Assim, com a publicação da Lei Orgânica da saúde Nº 8.080/90 foi estabelecida as atribuições comuns à União, Estados e Municípios, e definidos as instâncias responsáveis pela organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Nesse sentido, foi atribuído ao município um papel mais amplo do que mero coletor de dados, esperando-se dele a capacidade de produzir, organizar e coordenar a produção de informações em saúde de sua região<sup>(30)</sup>.

Os municípios tornaram-se autônomos e responsabilizados pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região devendo inclusive, produzir, gerenciar e divulgar as informações de saúde local como estratégia de fortalecimento para o controle social<sup>(30)</sup>.

Para a OMS<sup>(31)</sup>, 1998 os Sistemas de Informação em Saúde devem atentar para:

“a captação e a disponibilidade de dados e informações nos serviços, a análise das informações que geram conhecimentos úteis, a multidisciplinaridade na abordagem do conhecimento necessário a ação, a integração aos processos de implantação de modelos de atenção a saúde centrada na promoção da qualidade de vida e a necessidade de tomada de decisões oportunas” p.75.

O primeiro Sistema de Informação em Saúde implantado no país foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 1976. Atualmente, os principais sistemas e bases de dados de informações em saúde são:

- **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** – que é o mais antigo sistema de informação do país, que tem como fonte de informação a Declaração de Óbito (DO).
- **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)** – foi criado em 1977 e regulamentado em 1990, tendo por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, permitindo a investigação e acompanhamento de agravos e fornecendo informações para análise do perfil da morbidade da população.
- **Sistema de Informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** - implantado em 1977 e regulamentado em 1990, destina-se ao acompanhamento do Programa de Combate às Carências Nutricionais.
- **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)** - implantado em 1981 e informatizado em 1993, abrange todas as internações realizadas pelo SUS tanto na rede pública como na rede contratada. Os dados de entrada no sistema são oriundos dos dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)**- implantado a partir de 1993, tem como objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças transmissíveis e imunopreveníveis, através da imunização sistemática da população.

- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** - implantado em 1992 e em vigor nacionalmente desde 1994, armazena dados das declarações de Nascidos Vivos (DN), preenchidas nos estabelecimentos de saúde ou em cartórios (no caso de parto domiciliar). Este sistema permite a vigilância à saúde dos recém-nascidos, além de fornecer uma série de indicadores estatísticos que possibilitam a avaliação da cobertura da atenção pré-natal.
- **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA)** - criado em 1994, registra a produção de serviços ambulatoriais realizados pela rede SUS, entre unidades prestadoras de serviços públicos e privados.
- **Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal e Nascimento (SIS-PRÉ-NATAL)** - criado em 2002, permite o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do SUS, que define o elenco de procedimentos para assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.
- **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia)** - criado em 2002, permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, gerando informações para os gestores locais, das Secretarias Municipais, Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde.
- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** - criado em 2003, possibilita a caracterização dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. A partir de 2006, passou a disponibilizar os cadastros das ESF, Equipes de Saúde Bucal e ACS, inicialmente presentes apenas no SIAB.
- **Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)** - criado em 1998, coleta informações para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e pelas ESF.

Cada vez mais, o Ministério da Saúde, através do DATASUS, disponibiliza mais sistemas de informação, gerando uma preocupação para profissionais e gestores da saúde, em virtude dos inúmeros dados coletados e ao re-trabalho, pois os pacientes são cadastrados em vários sistemas, sendo que cada um utiliza uma terminologia diferenciada, dificultando a integração dos dados.

Logo, os dados e informações disponibilizados pelos sistemas de informação em saúde deveriam ser adequados para possibilitar ações de diagnóstico, análise situacional,

programação, estabelecimento de prioridades, avaliação e monitoramento das políticas públicas<sup>(32)</sup>.

É fato que a PNAB dentre outras atribuições, visa à consolidação e análise dos dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da Gestão Municipal, disponíveis nos sistemas de informação, alguns deles primordiais para a programação, planejamento, avaliação e execução das ações de saúde na atenção básica, como os disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ferramenta fundamental da Estratégia de Saúde da Família.

Em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde emergiram propostas para a elaboração da Política Nacional de Produção de Informações em Saúde, resultando, posteriormente, na criação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), em março de 2004<sup>(32)</sup>.

O processo de elaboração do documento-base da política buscou refletir a diversidade de experiências e pontos de vista, as contribuições científicas das três esferas de governo, da sociedade organizada e de instâncias de controle social do SUS, todavia, as diretrizes constantes do documento, mesmo sem terem sido institucionalizadas, inspiraram ações e a produção de normas no âmbito do SUS e do MS, sendo também a base sobre a qual se desenvolve o processo de construção da PNIIS 2012<sup>(2)</sup>.

Logo, a Política Nacional de Informação e Informática do SUS, pretende possibilitar um avanço na qualidade dos serviços de saúde trazendo benefícios à coletividade, no que se refere ao controle social e à democratização da informação e da comunicação em saúde objetivando subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social<sup>(2)</sup>.

Dessa forma, para atender aos princípios do SUS e a da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) sua concepção deverá ser discutida de modo tripartite, estando os gestores atentos para a heterogeneidade e desigualdade das regiões e municípios brasileiros. Para instrumentalizar esse processo, o Ministério da Saúde vem pactuando com os demais entes federados a utilização do Mapa da Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e desenvolvendo o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)<sup>(2)</sup>.

Assim, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informações em saúde constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade na atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando-a com os demais níveis de atenção<sup>(2)</sup>.

## 2.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- SIAB

O trabalho feito pelas Equipes de Saúde da Família gera uma grande quantidade de dados e por esse motivo o DATASUS desenvolveu um sistema especial para o gerenciamento das informações obtidas pelas ESF.

O SIAB surgiu como resposta para essa demanda com a finalidade de produzir relatórios para as ESF e para os gestores acompanharem e avaliarem a qualidade do serviço oferecido pelas USF sendo implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS)<sup>(4)</sup>.

Os estudiosos sobre o SIAB afirmam que, se trata de um software de simples manuseio, que serve como fonte de dados de valor estimável para a gestão nos sistemas locais de saúde e como ferramenta de apoio e orientação para os profissionais por conformar-se como norteador para tomada de decisões<sup>(5)</sup>.

As informações do SIAB são obtidas através do preenchimento de fichas de cadastramento e de acompanhamento das famílias e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. Esses relatórios permitem que as ESF conheçam a realidade social, econômica e sanitária da população acompanhada, favorecendo o processo avaliativo da adequação dos serviços de saúde oferecidos<sup>(13)</sup>.

O SIAB dispõe de várias fichas que devem ser preenchidas para o levantamento de dados. Essas fichas têm seu preenchimento sob a responsabilidade de diferentes profissionais da ESF. O preenchimento para levantamento de dados do SIAB começa com o trabalho dos ACS. Inicialmente, os agentes cadastram todas as residências de sua área de abrangência, incluindo casas em construção e casas vazias.

O processo de coleta e sistematização de dados, em grande parte, é realizado por meio dos diversos instrumentos do SIAB, através dos quais são obtidos dados/informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

A partir da publicação da Portaria GM N° 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, foi necessária concretizar o processo de integração do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES. As novas regras para gestão da Saúde da Família (SF) passaram a exigir um maior grau de consistência e segurança no cadastramento das informações, além de mais agilidade no seu processamento.

Assim, o cadastro das equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários passou a ser realizado no SCNES e exportado para o SIAB. Na Política Nacional da Atenção Básica estão definidas as competências de cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), bem como os repasses e suspensão de recursos financeiros, sendo que, a efetivação da transferência desses recursos que compõem os incentivos relacionados ao Piso da Atenção Básica (PAB) das ESF tem por base, os dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos Municípios<sup>(13)</sup>.

Para a utilização do SIAB, o município precisa definir os segmentos territoriais, definir as áreas de abrangência de cada equipe (PACS ou PSF) e identificar o modelo de atenção à saúde existente em cada área: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF).

O SIAB possui informações que são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados (ANEXO).

Segundo Brasil, 2000, são instrumentos de coleta de dados:

- Cadastramento das famílias - Ficha A;
- Acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- Acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- Acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;
- Acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- Acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- Registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D.

Assim como, são instrumentos de consolidação dos dados:

- Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias - Relatório SSA2;
- Relatórios de produção e marcadores para avaliação - Relatório PMA2 e PMA2C

Para o preenchimento da Ficha A - a unidade de análise (ou observação) é o domicílio. Após essa etapa, o agente comunitário realiza uma visita para o preenchimento do cadastro das famílias de cada residência<sup>(4)</sup>.

Feito o cadastro inicial, os ACS devem acompanhar as famílias mensalmente. Caso algum morador da área apresente condição referida, por exemplo: (existência de grávidas,

idosos) e/ou doença, o acompanhamento do morador deve ser realizado e as informações adicionais inseridas em outra ficha, a Ficha B, que contempla os grupos de crianças, gestantes, pacientes com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase<sup>(4)</sup>.

As fichas preenchidas devem permanecer em poder do próprio ACS durante todo o ano para realização do acompanhamento dos usuários da microárea de abrangência. Mensalmente, os ACS devem preencher o consolidado desse acompanhamento conjuntamente com o enfermeiro para o fechamento do Relatório da Situação e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2), sendo assim, cada microárea de abrangência deve ter uma SSA2 de posse do ACS responsável pela área<sup>(4)</sup>.

Os profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) que atuam nas ESF utilizam uma ficha de produção do SIAB, a Ficha D, onde devem ser registradas as atividades, e procedimentos adotados com os pacientes e notificações. Da mesma forma que os ACS, mensalmente, os profissionais de saúde devem preencher um relatório com todas as informações mensais consolidadas, o chamado de Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2), portanto, para cada equipe deve haver uma PMA2 preenchida<sup>(4)</sup>.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para analisar o universo de complexidade desse estudo foi utilizada a abordagem qualitativa. Como descreve Minayo<sup>(32)</sup>, pesquisa qualitativa responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, com um espaço mais profundo de relações, de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Essa abordagem foi desenvolvida, a partir de um estudo de caráter exploratório e descritivo, cujo propósito foi de observar, descrever e explorar aspectos relevantes ao problema investigado. Para Gil<sup>(33)</sup>, pesquisas exploratórias envolvem entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

Assim, o presente estudo foi realizado no município de João Pessoa – Paraíba tendo como cenário de investigação, as Unidades de Saúde da Família (USF) dos cinco distritos sanitários. O município possui uma cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), correspondente a 88,3% da população residente.

Atualmente, a Atenção Básica dispõe de 180 Equipes de Saúde da Família, territorializadas do seguinte modo: o Distrito Sanitário I possui 45 equipes de saúde da família (ESF) distribuídas em 26 estabelecimentos ou USF, no Distrito Sanitário II existem 38 ESF em 22 estabelecimentos, no Distrito Sanitário III são 53 ESF alojadas em 33 estabelecimentos, no Distrito Sanitário IV existem 26 ESF em 16 USF e no Distrito V existem 18 ESF em 13 Unidades de Saúde da Família<sup>(34)</sup>.

Quanto aos participantes do estudo, estes compreenderam dezoito enfermeiros (as), gerentes dos serviços de saúde dos distritos sanitários, sendo delimitados considerando-se a ocorrência de reincidência de informação ou saturação dos dados<sup>(35)</sup>. Assim, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão dos participantes no estudo: estar atuando na Equipe de Saúde da Família; ter expressando interesse em participar da investigação; ter lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão adotados foram: não aceitar responder ao questionário e não assinar o TCLE.

Para a realização da coleta dos materiais empíricos foi utilizado um questionário, entendido por Minayo<sup>(32)</sup>, como uma técnica que articula a modalidade que pressupõe perguntas previamente formuladas, como aquela onde o informante aborda livremente o tema proposto. O questionário semi-estruturado também reconhece a importância da presença do investigador, à medida que oferece ao informante a chance de responder espontaneamente aos

questionamentos, com base no seu raciocínio, porém dentro do foco proposto pelo investigador.

Para iniciar a coleta de dados a pesquisadora apresentou-se as Unidades de Saúde e as enfermeiras solicitando a colaboração das profissionais com a pesquisa para que os objetivos em estudo fossem alcançados, além de ter sido firmado o compromisso de retornar os resultados alcançados pela pesquisa para a USF. Assim, posterior ao entendimento do objetivo do estudo e a aceitação da participação na pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo solicitada a assinatura do participante antes do início da gravação.

Os questionários foram aplicados individualmente em local tranquilo, obedecendo ao roteiro construído para a pesquisa, constituído pelos questionamentos que podem ser lidos no segundo apêndice desse trabalho.

As gravações foram realizadas com as enfermeiras das ESF utilizando gravador mp3 e posteriormente rigorosamente transcritas para análise e discussão.

Todavia, antes de iniciar esse procedimento o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e analisado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba, obtendo o registro do CAAE nº 11694512.9.0000.5188. Sendo feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, através da Resolução nº 466/2012 e de acordo com a aceitação da enfermeira e sua assinatura, o questionário foi aplicado<sup>(36)</sup>.

Para análise dos dados, foi utilizada a Técnica de análise de dados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que pode ser visto como um conjunto de artifícios destinados a permitir que o pensamento coletivo, enquanto realidade empírica, se auto expresse, ou, usando o referencial da teoria da complexidade, se auto-organizando, viabilizando o resgate e trazendo à luz do dia as representações sociais sob a forma de discursos instituintes de sujeitos coletivos<sup>(37)</sup>.

Para Lefèvre e Lefèvre<sup>(37)</sup>, essa técnica

“constitui uma estratégia metodológica de análise utilizada em pesquisa qualitativa composta de um conjunto de procedimentos de tabulação de dados provenientes do estudo, como depoimentos dos participantes do estudo como se o discurso de todos fosse o discurso de um”. p.36

Com base nessa definição, os autores procuram resgatar a fala do social. A construção do DSC é realizada na primeira pessoa do singular com o objetivo de estar mais próximo do

pensamento coletivo, sendo necessário identificar e "somar qualitativamente" discursos semelhantes ou complementares obtidos através das entrevistas, ou seja: "um discurso geral feito de discursos individuais agregados"<sup>(38)</sup>.

Neste ponto, o DSC não se preocupa com a aderência do discurso coletivo, mas sim, em obter uma "descrição ou representação discursiva do imaginário social, um recorte, cujo compromisso maior é com sua própria clareza, coerência semântica e didatismo" e conceitos com base ou figuras metodológicas do DSC<sup>(38)</sup>.

A técnica de análise de dados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é baseada na aplicação de quatro figuras metodológicas, a saber:

- 1) Expressões chaves - São "transcrições literais de parte do discurso" ou "pedaços, ou trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso, que devem ser sublinhados, iluminados, coloridos, pelo pesquisador e que revelam a essência do discurso ou teoria subjacente"<sup>(38)</sup>.
- 2) Idéia Central - Refere ao "nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo ou ainda "a afirmação que permite traduzir o essencial do conteúdo"<sup>(38)</sup>.
- 3) Ancoragem - Define-se como "a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer" <sup>(38)</sup>. Um discurso é considerado ancorado quando encontra um alicerce de pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses, reafirmando que é a teoria que sustenta a prática.
- 4) Discurso do Sujeito Coletivo - É definido como "uma reunião num só discurso-síntese homogêneo de Expressões Chaves que tem a mesma Idéia Central ou Ancoragem" é "o discurso individual, expandido, socializado, mas jamais deturpado"<sup>(38)</sup>.

Os dados foram apresentados em forma de transcrição de depoimentos, seguido de análise e discussão a luz da literatura que subsidiou o referencial teórico desse estudo.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 PERFIL PESSOAL E PROFISSIONAL

A realização desse estudo permitiu inicialmente delinear algumas características dos informantes e traçar um perfil pessoal e profissional do grupo. No que se refere aos dados pessoais, observou-se que os dezoito participantes são do sexo feminino e nove possuem entre 40 a 50 anos de idade revelando uma população com experiência profissional. No que se refere à titulação das enfermeiras, todas são especialistas em Estratégia de Saúde da Família ou Saúde Coletiva e uma enfermeira possui o título de mestre. A carga horária de trabalho declarada por todos foi de oito horas diárias e quarenta horas semanais. O tempo de trabalho que atuam na instituição foi variável, tendo uma enfermeira mais de 10 anos de trabalho, sete delas estão entre cinco a dez anos, outras sete trabalham entre um a cinco anos e três enfermeiras estão a menos de um ano exercendo suas atividades laborais junto a equipe de saúde da família.

Após a aplicação dos questionários, compomos o *corpus* de análise objeto do estudo, que constituiu a transcrição na íntegra de todas as gravações sendo esta a primeira aproximação da pesquisadora com o material empírico coletado. Logo após, foi realizada a leitura exaustiva dos dados para permitir o recorte do texto em idéias centrais que representasse o Discurso do Sujeito Coletivo.

Para facilitar o entendimento dos resultados a discussão que se segue tem como base as respostas dos sujeitos da pesquisa apresentadas a Luz do Discurso do Sujeito Coletivo as quais foram organizadas por cada questão respondida pelas enfermeiras.

### 4.2 O DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

#### a) O SIAB e sua utilização

No quadro 01 fica evidenciado a divergência de opinião entre as enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família de João Pessoa no que se refere ao modo de como elas utilizam o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) para o exercício de suas atividades.

**Quadro 01** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo composto por depoimentos de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família de João Pessoa – Paraíba, em resposta ao questionamento: Como você utiliza o sistema de informações de atenção básica (SIAB) no exercício de suas atividades na Estratégia de Saúde da Família?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Utilizo para atingir metas de indicadores	<i>[...] Essas informações servem só para alimentar o sistema e alcançar as metas dos indicadores com uma forte cobrança para alimentar o sistema.</i>
Ideia Central II	
Planejamento e avaliação do processo de trabalho	<i>[...] O SIAB é o retrato numérico do meu trabalho, e ele é utilizado para planejar estratégias para melhorar as metas e auxiliar na avaliação do processo de trabalho. As informações que registro no PMA2 e no SSA2 são avaliadas na reunião de equipe e me permite saber quais as principais demandas e carências da comunidade inclusive redefinindo estratégias de trabalho.</i>
Ideia Central III	
Falta tempo para planejamento	<i>[...] A gente não tem tempo para sentar e planejar nosso trabalho em cima das informações do SIAB por que não nos é dado esse espaço.</i>

O Discurso do Sujeito Coletivo referente a Ideia Central I revela que o Sistema de Informação da Atenção Básica é alimentado regularmente e que a responsabilidade da equipe de saúde consiste unicamente em garantir a alimentação dos dados e o cumprimento das metas pactuadas para os indicadores municipais de saúde.

É preciso destacar que o SIAB é um sistema que agrega e processa informações sobre a população visitada e assistida pela Equipe de Saúde da Família. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>(4)</sup>, o SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica produz relatórios capazes de auxiliar as próprias equipes, as unidades básicas de saúde e os gestores municipais a acompanharem o seu trabalho e avaliarem a qualidade de prestação de serviço que estão ofertando e os relatórios retirados do sistema podem oferecer um maior conhecimento a cerca da realidade sócio-sanitária da população que está sendo acompanhada.

De acordo com o manual do SIAB, esse sistema foi criado como um instrumento para gestão de sistemas locais de saúde, conformando-se como um SIS que coleta dados e

possibilita a construção de indicadores populacionais referentes as áreas de abrangências definidas<sup>(4)</sup>.

No entanto, conforme se verificou no Discurso do Sujeito Coletivo as equipes não utilizam o SIAB como instrumento de trabalho da ESF, mas como uma ferramenta para efetuar a coleta de dados para alimentar o sistema.

Segundo Marcolino e Scochi<sup>(39)</sup>, o SIAB, diferentemente de outros sistemas de informação em saúde, caracteriza-se por ser um sistema territorializado. Isso significa que ele fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência, facilitando a realização do diagnóstico de saúde, norteador o planejamento e avaliação de ações em saúde das equipes.

Na Ideia Central II encontramos um discurso afirmando que as informações produzidas e cadastradas no SIAB são utilizadas pela ESF como parte do trabalho diário dos profissionais de enfermagem que alimentam o banco de dados com as informações referentes às famílias cadastradas e o preenchimento dos relatórios.

Assim, fica evidenciado o entendimento da importância do SIAB para produzir informações de saúde e que, além de realizarem a digitação dos dados, os profissionais utilizam desses dados coletados para o planejamento das ações de saúde.

No entanto, não foi relatada a existência de repasse ou discussão com a comunidade sobre os dados gerados pelo sistema, ou seja, a inexistência da participação comunitária no planejamento e na tomada de decisões.

Portanto, o SIAB foi desenvolvido com o propósito de dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados da ESF, gerar informações para os gestores, auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisões, assim como apoiar a eleição de ações prioritárias dirigidas às comunidades específicas, baseando-se nas necessidades desta população<sup>(4)</sup>.

Desse modo, o planejamento assume papel fundamental para o direcionamento das políticas públicas que, segundo Mintzberg<sup>(40)</sup>, a percepção do planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si consiste em formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras e, para isso, a equipe necessita de autonomia e tempo para gerenciar sua agenda de trabalho e possibilitar a construção desse processo de produção de cuidado em saúde.

Mas, é preciso destacar que desde a criação do SUS, houve preocupação com a discussão do planejamento e tentativas de institucionalizá-lo como componente fundamental de gestão, entretanto, mesmo com os avanços, há aspectos como a falta de tempo e sobrecarga

de trabalho que se constituem um desafio para a efetivação do planejamento em saúde, enquanto elemento da gestão no SUS.

## b) O SIAB e o processo de decisão

O sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados<sup>(7)</sup>.

A informação em saúde tem como finalidade identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de resolução de problemas. Assim, as informações em saúde devem abranger o processo saúde/doença e aspectos administrativos do processo de trabalho, ambas essenciais à tomada de decisão<sup>(30)</sup>.

**Quadro 02** – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao questionamento: Qual sua opinião sobre o SIAB como uma ferramenta de trabalho?

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
O SIAB auxilia a tomada de decisão	<i>[...] Com certeza, por que é possível enxergar o trabalho realizado, conhecer a realidade da área e verificar os dados que foram coletados e alimentados a partir das diversas fichas, assim como, os resultados alcançados traçando estratégias e metas para alcançar melhores resultados. Com as informações do SIAB é possível diagnosticar, acompanhar e planejar ações.</i>
Ideia Central II	
Falta organização no processo de trabalho	<i>[...] Quando preciso saber alguma informação sobre os atendimentos busco no Distrito, mas é necessário organizar o processo de trabalho ter computador na unidade porque hoje às fichas se perdem e os dados do distrito nunca coincidem com a nossa realidade.</i>
Ideia Central III	
Não há decisão na unidade	<i>[...] Não existe decisão dentro da unidade, pois o SIAB fica no Distrito.</i>

Assim, a informação é instrumento essencial para a tomada de decisões, ferramenta imprescindível à Vigilância em Saúde, por ser fator desencadeador do processo - informação-decisão-ação<sup>(13)</sup>. Logo, a equipe de saúde da família tem papel fundamental no planejamento, organização e avaliação das ações de saúde para tomada de decisão, uma vez que é a responsável pela coleta e registro dos dados, ou seja, suas ações devem ser realizadas com base no produto de seu trabalho.

No entanto, chama-nos atenção nos resultados encontrados a distinção apresentada entre os discursos, mostrando a fragilidade e divergência em relação ao uso das informações em saúde como instrumento de trabalho para a tomada de decisão na ESF, quando a idéia central I apresentada relata que o uso das informações pelas enfermeiras é diferente da idéia central II e III que relatam que a informação existe, mas falta organização do processo de trabalho e descentralização das informações que estão nos Distritos Sanitários.

### **c) Dados extraídos do SIAB**

Segundo Oliveira e Garcia<sup>(41)</sup>, para que a informação possa ser utilizada para tomada de decisão ela deve ser adequada e confiável, assim como, deve ser obtida em tempo hábil e na forma correta. A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilidade dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação<sup>(7)</sup>.

As atividades desenvolvidas na ESF em sua maioria contam com a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que retrata, por meio de dados e informações, a realidade da área adscrita das Unidades de Saúde da Família (USF). Sua utilização requer o preenchimento de várias fichas de levantamento de dados, sob a responsabilidade de diferentes profissionais da ESF, dentre eles, o ACS<sup>(13)</sup>.

**Quadro 03** – Ideia central e discurso do sujeito em resposta ao questionamento: Qual a importância dos dados do SIAB para a sua decisão no processo de trabalho na ESF?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
O trabalho da unidade tem como foco a saúde da criança, da mulher e o hiperdia.	<i>[...] O SIAB é o retrato mensal do nosso trabalho. Todos os dados do sistema são importantes, eles são retirados das fichas PMA2, SSA2, FICHA B. Dentre eles: idade, número de hipertensos e diabéticos, os sequelados de AVC, antecedentes clínicos, medicações, gestantes com menos de vinte anos, crianças menores de dois anos e exames citológicos, famílias cadastradas, número de crianças, estado vacinal, casos de tuberculose e hanseníase, nascidos vivos, dados de puericultura, desnutrição ou desidratação, mas o nosso carro chefe é a vigilância da mortalidade infantil.</i>

Pelo exposto na literatura e apresentado nas falas o SIAB é indispensável e rico em informações para o trabalho da equipe de saúde e tem no momento da realização das visitas domiciliárias dos agentes comunitários a ocasião apropriada para o acompanhamento dos condicionantes de saúde e principais agravos monitorados pela atenção básica.

Os instrumentos de coleta de dados do SIAB são atualizados periodicamente em ocorrência de eventos como: nascimento ou morte de algum membro da família e inclusão de parente ou agregado no grupo familiar. Os relatórios do SIAB permitem o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, assim como, a avaliação dos serviços de saúde que são oferecidos.

Considerando o discurso do sujeito coletivo foi possível verificar que as enfermeiras possuem conhecimento do volume de informações que estão armazenadas no SIAB e que podem ser utilizadas como estratégia de reorganização da prática de seu trabalho.

#### **d) Treinamento para trabalhar com o SIAB**

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o processo de capacitação e educação permanente para atuação na ESF deve iniciar concomitantemente ao início do trabalho das ESF, por meio do Curso Introdutório ou, em até três meses após a implantação das equipes<sup>(13)</sup>.

**Quadro 04** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: De que modo você considera o treinamento importante para o uso do SIAB?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Não teve treinamento	<i>[...] Não, nunca tive treinamento trabalhando aqui nesse município. Mandam para a USF apenas a relação de códigos para a gente trabalhar. O que aprendi foi lendo o manual do SIAB, por intuição, no trabalho do dia-a-dia e às vezes tenho dúvidas, percebo que as colegas também têm dificuldades, mas também existe muita rotatividade.</i>
Ideia Central II	
Sim, teve treinamento.	<i>[...] Sim, tive um treinamento, logo que comecei a trabalhar na ESF chamado 1º módulo do SIAB, depois disso tive capacitações de quatro horas e momento pontuais realizados pelo Distrito, mas acho que deveria ter capacitação para as pessoas que estão entrando e uma reciclagem com os profissionais que já trabalham.</i>

Embora a PNAB, responsabilize o município pela realização do Treinamento Introdutório e/ou Capacitações voltadas para a educação permanente das ESF em articulação com as Secretarias Estaduais, quando o município tem população superior a 100 mil habitantes<sup>(13)</sup>. O que podemos observar nos discursos do Quadro IV, são queixas relacionadas à falta de qualificação das enfermeiras para o manuseio do SIAB.

Embora o manual do SIAB esteja disponível para as ESF e apresente orientações para o preenchimento das fichas, abordando cada variável e sua definição, a gestão local precisa responsabilizar-se pelo processo de educação permanente para suprir as deficiências da formação acadêmica dos trabalhadores que atuam na ESF dando ênfase ao papel do sistema de informação como ferramenta aliada ao processo de trabalho da equipe e que, quando utilizada pode melhorar a qualidade das informações em saúde e a prestação de serviços na comunidade local.

Desse modo, a Educação Permanente em Saúde constitui uma estratégia fundamental para as transformações do processo de trabalho em saúde possibilitando uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

### e) Coleta e registro de dados no SIAB

Evidencia-se pela fala do DSC no quadro 04, que os profissionais da ESF utilizam o SIAB como instrumento para coleta de informações de saúde da comunidade e que realizam o preenchimento das fichas e relatórios do SIAB, assim como, o distrito sanitário é responsável pelo recebimento e consolidação dos dados do sistema.

**Quadro 05** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a seguinte solicitação: Como ocorre a coleta e o registro de dados do SIAB na sua USF?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Os profissionais de saúde coletam dados e o enfermeiro consolida para enviar ao Distrito Sanitário.	<i>[...] A coleta dos dados é realizada pelos ACS, pelo médico, pelo dentista, por mim, e também pela técnica de enfermagem. Véspera do dia vinte de cada mês, eu marco horário com os ACS e vou questionando e ouvindo as justificativas para preencher os relatórios, em seguida consolida e repasso para o Distrito Sanitário.</i>

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios consolidar e analisar os dados das equipes locais de saúde e da gestão municipal disponíveis nos sistemas de informação para garantir a divulgação dos resultados obtidos. Portanto, é fundamental que os gestores municipais atuem como cooperadores técnicos, analisando os dados e informações de saúde, e retornando as informações consolidadas para a equipe de saúde que gerou os dados primários, promovendo assim, estímulo para seu envolvimento e compromisso com a qualidade da assistência prestada à população<sup>(1)</sup>.

Mas, é preciso destacar que, apesar do SIAB ser um sistema territorializado, ainda é verticalizado e centralizado, ou seja, o seu fluxo obedece à direção do nível local para o central e a análise dos dados ainda se faz fundamentalmente nos níveis centrais de gestão<sup>(4)</sup>

Logo, é urgentemente necessário repensar o processo de produção das informações da Atenção Básica reestruturando o próprio sistema de informação e garantindo a informatização qualificada do SUS para diminuir a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção e gestão da informação da AB disponibilizando informação ágil e acessível às ESF.

## f) Dificuldades operacionais com o SIAB

Analisando a fala dos sujeitos no quadro 06, observam-se divergências sobre as dificuldades encontradas no preenchimento e análise das fichas e relatórios do SIAB. Verificamos ainda que a falta de capacitação/qualificação para utilizar o sistema aparece como uma das dificuldades, assim como, a reclamação quanto ao excesso de fichas usadas na rotina de trabalho que resulta em perda de tempo e dificuldade na dinamização do trabalho da equipe.

**Quadro 06** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a solicitação: aponte as dificuldades encontradas no preenchimento e análise das fichas e relatórios do SIAB

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldade no preenchimento das fichas	<i>[...] Tenho dificuldade porque sou enfermeira itinerante e só tenho a formação básica para o preenchimento e registro do SIAB e fui aprendendo, trocando experiências.</i>
Ideia Central II	
Excesso de fichas para preenchimento manual	<i>[...] A maior dificuldade não é o preenchimento das fichas, mas sim, o número exorbitante de papelada que é preenchida manualmente para entregar no final do mês que nos faz escrever muito, e sobrecarregar o serviço, então a nossa maior dificuldade é a unidade não ser informatizada para atualizar rapidamente o sistema e facilitar o nosso trabalho.</i>

Acredita-se que a falta de treinamento dos trabalhadores reflete no inadequado preenchimento e interpretação dos dados, no atraso das atualizações dos cadastros, no entendimento da finalidade do sistema e na consolidação dos dados. Segundo Branco<sup>(30)</sup>, 2006 outra realidade vivenciada pelas ESF do país é a alta rotatividade dos seus profissionais, que sofrem com a desprecarização do vínculo de trabalho, pois, a maioria das equipes recebe treinamento no momento da implantação da equipe e aqueles profissionais que entram posteriormente na equipe aprendem a utilizar o SIAB, através de leituras dos manuais, ou com ajuda de outros colegas, causando dificuldades na utilização do sistema para toda a equipe.

Desse modo, a gestão precisa responsabilizar-se pela formação e pela educação continuada dos profissionais que estão na atenção básica, assim como, precisa desenvolver

estratégias como a informatização das unidades de saúde para garantir melhor registro das informações e otimizar o trabalho que está sendo prestado nos territórios de seu município.

#### **g) Processamento e análise das informações**

É necessário destacar que a rotina de processamento do sistema descrita no quadro 07 é a mesma dos manuais de preenchimento do SIAB, o que mostra que as equipes de saúde da família de João Pessoa está trabalhando em consonância com a proposta do Ministério da Saúde.

No entanto, o processamento dos dados do SIAB inicia com o preenchimento de fichas impressas e disponíveis nas USF que é alimentado nos computadores do Distrito Sanitário e da Secretaria Municipal de Saúde.

**Quadro 07** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a solicitação: como é a rotina de processamento e de análise das informações do SIAB na sua USF?

<b>Ideia Central I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Processamento, análise e consolidação mensal	<i>[...] Os dados são coletados diariamente e consolidados entre os dias 21 ao dia 20 de cada mês, em seguida, enviamos o consolidado ao distrito devidamente protocolado e deixamos uma via na unidade. Depois discutimos os dados da nossa sala de situação e a série histórica mensalmente em equipe e estabelecemos estratégias para cumprir nossas metas.</i>

É preciso destacar que informações adequadas e bem utilizadas são instrumentos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tanto para tomada de decisão dos gestores, como para auxiliar a decisão clínica e fortalecer o controle social do território.

Assim, o gestor de saúde possui um papel fundamental para consolidar mudanças no parque tecnológico do município, no modo como os profissionais estão utilizando os sistemas de informação e na importância atribuída as decisões baseada nas evidências e achados epidemiológicos, para isso, é necessário decisão política e definição de propostas que priorizem a reestruturação dos sistemas de informação para a gestão local de saúde.

## h) Informatização da coleta de dados do SIAB

Do ponto de vista dos participantes, conforme retrata o quadro 08, todos relatam como um fator positivo a informatização da coleta de dados do SIAB e afirmam que facilitaria bastante o trabalho da equipe, mas também fazem ressalvas em uma das falas de que os profissionais de saúde não estão dispostos a digitar as informações e que isso seria mais uma sobrecarga para o trabalho da ESF.

**Quadro 08** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: qual a sua opinião em relação à informatização da coleta de dados do SIAB?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
A informatização facilita o processo de trabalho	<i>[...] Sim, facilitaria o trabalho da ESF e o tempo que utilizamos para preencher, consolidar dados e analisar com a equipe seria reduzido, seria mais prático e teríamos mais tempo disponível para assistência ao usuário. Evitaria a perda de informações, quando enviamos o consolidado para o Distrito e teríamos dados mais precisos e de fácil manuseio.</i>
Ideia Central II	
Rejeição à informatização	<i>[...] Facilitaria se tivesse uma organização no nosso processo de trabalho, porque se for mais uma obrigação pra gente está digitando, isso não!"</i>

Segundo a Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), deverá ser implantado gradativamente estar em pleno funcionamento nas ESF durante o ano de 2014<sup>(42)</sup>.

Essa Portaria considera a necessária adoção de medidas que melhorem e modernizem o sistema de gerenciamento de informações, reestruture o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), amplie a cultura do uso da informação, contemplando a necessidade de um sistema de informação em saúde que registre os dados das equipes da AB, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua (CnR), Programa Saúde na Escola (PSE) e Academias da Saúde, além de outras modalidades de equipes e programas que porventura sejam incluídos na AB.

A partir de 2014, os municípios deverão substituir paulatinamente o SIAB e modernizar o modo de gerir informação em sua gestão para satisfazer as exigências do Ministério da Saúde e ampliar a uso da informação em saúde para tomada de decisão nas ESF.

### i) Sugestões

No quadro 09 são apresentadas algumas sugestões que foram referidas pelas enfermeiras participantes deste estudo para melhorar a operacionalização do SIAB, as quais detiveram-se na informatização das unidades de saúde e na capacitação e treinamento dos profissionais para habilitá-los a manusear o sistema de informação.

**Quadro 09** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: o que você sugere para melhorar a operacionalização do SIAB?

<b>Ideia Central I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Informatização	<i>[...] A melhor saída seria informatizar as unidades de saúde e garantir um provedor de internet assim como, diminuir a quantidade de fichas unificando os dados, isso diminuiria a burocracia do nosso trabalho.</i>
<b>Ideia Central II</b>	
Capacitação e autonomia	<i>[...] Para melhorar a operacionalização do SIAB seria importante que tivéssemos capacitação e autonomia para discutir a situação sem a imposição de que se não cumprirmos as metas teremos cortes no nosso salário.</i>

A gestão municipal precisa urgentemente colocar na ordem do dia do plano de governo, a reestruturação, ampliação e melhoria da infraestrutura das USF, assim como, a educação permanente em saúde como estratégia para capacitar as ESF a utilizarem os sistemas de informação como ferramenta de apoio à decisão no processo de trabalho da atenção básica.

É preciso considerar que em uma escala de prioridades, a informação assume papel estratégico na gestão em saúde estando intrínseca ao processo decisório e sendo um importante instrumento transformador, sendo esta a sua principal função de valor<sup>(43)</sup>.

## j) Gerenciamento da equipe de saúde

Com a descentralização do SUS, muitas mudanças aconteceram na gestão e na prestação de serviços. Os municípios assumiram a organização, o controle, a avaliação dos serviços e as ações de saúde, como também a participação nas ações de planejamento, programação e organização da rede de serviços de saúde ampliando a responsabilidade local no processo de trabalho da gerência<sup>(40)</sup>.

O quadro 10 revela a percepção dos enfermeiros frente ao seu papel diante equipe de saúde.

**Quadro 10** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: qual o seu papel no gerenciamento das atividades da ESF?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
O gerenciamento é feito pela equipe	<i>[...] tudo da unidade passa pela gente. Eu me considero uma instrutora, orientadora, coordenadora, supervisora, um olho ativo nos problemas dentro da área. Mas, acho que gerente é muito forte, porque aqui a gente não manda em nada, a gente trabalha em equipe e se trabalhamos em equipe todos podem ser como gerentes.</i>
Ideia Central II	
Papel de coordenação	<i>[...] Sou a coordenadora da unidade, na parte que diz respeito aos ACS e ao nível médio.</i>
Ideia Central III	
Não desenvolve ações de gerenciamento	<i>[...] Não me sinto gerente mais não! Sentia-me antes, hoje em dia, não. Com a chegada do apoio matricial, a gente perdeu as funções gerencias e hoje, não tenho autonomia e não me sinto com espaço para tomar as decisões.</i>

Nesse processo, a enfermagem participou ativamente, principalmente, no que se refere à Estratégia de Saúde da Família sendo apontada como uma das categorias mais articuladas e envolvidas com a gerência das unidades de saúde cabendo a ela aglutinar os demais profissionais e viabilizar o trabalho da equipe.

O gerenciamento de um serviço de saúde é caracterizado pela análise do processo de trabalho, identificação dos problemas e busca de soluções para a reorganização das práticas de cuidado. Sendo uma atividade extremamente dinâmica, dialética, na qual as dimensões

técnica, política e comunicativa, estão em permanente articulação exigindo constantes reflexões e tomada de decisões por parte do gestor<sup>(44)</sup>.

Sendo o enfermeiro formado para desenvolver competências gerenciais como: análise crítica para a tomada de decisão, organização da rede de serviços de saúde, avaliação da situação de saúde e elaboração de estratégias de intervenção. Desse modo, o enfermeiro como membro da ESF tem desenvolvido ações assistências de cuidado, como também ações gerenciais organizando os trabalhos de grupo e atividades coletivas, supervisionando os ACS e os técnicos de enfermagem<sup>(20)</sup>.

Para ampliar a abrangência, a resolutividade e a territorialização da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008<sup>(45)</sup>.

O Nasf é constituído por uma equipe de diferentes profissionais, definido pelos gestores locais mediante as prioridades identificadas, e atuam em conjunto com os profissionais da equipe de saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. O trabalho do Nasf está centrado no apoio matricial, na clínica ampliada, no projeto terapêutico singular e no projeto de saúde do território.

É preciso aqui frizar que, a compreensão do apoio matricial representa um tipo de arranjo que busca redesenhar as responsabilidades dentro da USF, não colocando o profissional do Nasf, necessariamente, como gerente da equipe de saúde da família, mas como mais um profissional co-responsável pelo trabalho que está sendo desenvolvido pela atenção básica local, pois a proposta de equipe de referência parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais<sup>(45)</sup>.

Desse modo, compreendo que o apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais, cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência e não de propriamente gerenciá-las. Mais uma vez, a compreensão e a lógica de funcionamento da ESF dependem da decisão do gestor local que necessita orientar-se, principalmente, pelas portarias e manuais técnicos do Ministério da Saúde.

### k) Tomada de decisão

A partir da fala exposta no quadro 11, é possível observar que há consonância com o conceito da literatura sobre a tomada de decisão. Percebe-se que a decisão foi colocada como atribuição do profissional de saúde e da equipe que antecede a ação ou o cuidado de saúde como uma escolha pensada para determinar alternativas de alcance de resultados para resolução de problemas.

**Quadro 11** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta ao questionamento: o que você entende por tomada de decisão?

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
É decidir entre o sim e o não na resolução dos conflitos	<i>[...] Tomada de decisão é questionar-se acerca do problema e quais atitudes tomar para resolvê-los. Tomar decisão é uma coisa muito séria é decidir para o sim ou para o não, para o bom ou para o ruim. É colocar a mão na massa gerando mudanças, mudança de comportamento, mudança de estratégia, mudança de horário, as mudanças que forem necessárias pra gente melhorar, garantindo resolução das situações para satisfazer o usuário. Acho que uma decisão deve ser tomada em equipe, mesmo sendo difícil, devido às distintas opiniões, mas sempre pensando na melhoria da assistência. Para isso, é preciso ter criatividade e atitude para resolver os problemas, as questões do dia-a-dia da comunidade e da equipe auxiliando na mudança da realidade local.</i>

Desse modo, os gerentes das Equipes de Saúde da Família são responsáveis pela função de planejamento, organização e execução das tarefas propostas para a estratégia da atenção básica.

Mas, também é preciso reafirmar o papel da gestão no incentivo as ESF para realizarem suas atividades com base nas informações sanitárias e epidemiológicas disponíveis nos sistemas de informação, assim como, o seu papel na garantia de autonomia, liberdade e condições de trabalho para assegurar qualidade na atenção à saúde que está sendo desenvolvida pelas equipes de saúde do município de João Pessoa-PB.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como palco principal a Política de Atenção Básica vigente no país e a Estratégia de Saúde da Família, mas as luzes foram focalizadas para analisar o Sistema de Informação da Atenção Básica e como ele é utilizado enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão para a gerência da principal estratégia de promoção a saúde em vigência.

Foi realizado um resgate iniciado na Constituinte de 1988, passando pelo movimento da reforma sanitária brasileira e implantação do SUS para em seguida, delinear o objeto do estudo, que é um sistema de informação desenvolvido pelo DATASUS e implantado em todo o território nacional para registrar e desenhar o processo de trabalho de toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Estudando o SIAB, foi possível mergulhar em uma reflexão quanto ao papel da informação em saúde para o planejamento, execução, avaliação e gerência da ESF, pois, o sistema possui dados gerados pelos profissionais e informações territorializadas que podem ser coletadas no domicílio dos usuários e nas unidades de saúde que estão em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

No âmbito da saúde, os sistemas de informação propiciam a coleta, o processamento, à análise e a transmissão de informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde possibilitando a investigação e o planejamento do processo saúde/doença. Logo, o trabalho em saúde é amplo e de múltiplas dimensões, constituído por uma rede de relações e interações na qual o profissional de enfermagem se encontra inserido. E um dos elementos de definição do perfil do Enfermeiro é o desempenho da função de gerente que é a capacidade de organizar, nas dimensões política e técnica, o processo de trabalho, com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo.

Esse estudo alcançou os resultados esperados à medida que respondeu aos questionamentos iniciais da pesquisa sendo possível constatá-los ao analisar as falas construídas a partir do discurso do sujeito coletivo permitindo chegar às seguintes conclusões:

Em relação à utilização do SIAB pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa foi possível perceber a discordância de opinião refletindo negativamente no modo como a informação em saúde é tratada e gerenciada evidenciando que o SIAB enquanto ferramenta para a tomada de decisão dentro da ESF não é utilizado na perspectiva para o qual foi criado.

O estudo também evidenciou os dados que são extraídos do sistema, os quais são de extrema relevância, pois a adequada coleta e registro dos dados implicam na qualidade da informação que está sendo produzida. As enfermeiras demonstraram domínio em relação as fichas de coleta do SIAB e relataram muitos dos indicadores que são passíveis de monitoramento através do sistema.

Ficou claro através da fala do discurso do sujeito coletivo a necessidade da implantação de um processo de educação permanente e/ou continuada para qualificar as enfermeiras da Estratégia de saúde da família visando melhorar o desempenho no manuseio e utilização do sistema assim como, garantir a qualificação das profissionais que são recém contratadas.

Em relação ao processo de coleta e registro dos dados no SIAB verificou-se que todas as fichas são utilizadas pela equipe para obtenção de informações de saúde da comunidade, no entanto, o processamento dos dados acontece de modo verticalizado e centralizado pelos distritos sanitários, pois as equipes são responsáveis pela coleta e registro e subsequente envio dos relatórios ao distrito sanitário para alimentação do sistema o que para as enfermeiras torna-se um entrave para o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde.

Também foi possível conhecer a partir dos discursos as dificuldades enfrentadas para operacionalizar o SIAB nas unidades de saúde. A principal queixa é o grande volume de impressos e fichas que precisam ser preenchidos pela enfermeira, que tomam um precioso tempo do processo de trabalho que poderia está sendo utilizado para a construção de novos projetos terapêuticos nos serviços além da recorrente crítica a gestão municipal pela falta de qualificação dos profissionais para o manuseio do sistema de informação.

Do ponto de vista das enfermeiras que participaram desse estudo, a informatização das unidades de saúde favoreceria ao processo de trabalho da equipe, pois diminuiria a carga de trabalho burocrática de preenchimento dos impressos e agilizaria a consolidação dos dados dentro da própria unidade de saúde o que tornaria a informação do SIAB mais rápida e confiável, pois todo o processo desde a coleta, registro e o processamento seria realizado pela equipe de saúde sem interferência do distrito sanitário.

Logo, quando questionado as enfermeiras em relação às possíveis sugestões para melhorar a operacionalização do SIAB nas unidades de saúde, as enfermeiras foram unânimes em apontar a informatização através da aquisição de computadores e internet para uso das equipes de saúde como estratégia de melhoria da gestão da informação, assim como, foi reiterada a necessidade de reciclagem e capacitação dos profissionais para lidarem com o

registro dos dados e com a utilização da informação em saúde como ferramenta aliada ao processo de trabalho da ESF.

Era impossível atingir os objetivos desse estudo sem questionar as enfermeiras qual o papel desenvolvido por elas no gerenciamento da equipe de saúde da família. Em resposta a esse questionamento observam-se divergências, pois algumas enfermeiras afirmam que na prática do serviço elas desenvolvem ações de gerenciamento, outras se colocam apenas como responsáveis pela supervisão dos agentes comunitários e das técnicas de enfermagem e um terceiro grupo nega o papel de gerente frente à ESF do município de João Pessoa devido à presença do profissional do núcleo de apoio de saúde da família, que segundo elas, os apoiadores do Nasf assumiram o papel de gerente e acabou limitando o gerenciamento da unidade e do processo de trabalho pelos demais profissionais da equipe.

Por fim, o discurso do sujeito coletivo mostra que as enfermeiras descrevem a tomada de decisão em sintonia com os conceitos da literatura e que compreendem como competência do profissional da equipe de saúde da família, o processo de decisão, dentro dos mais diversos cuidados de saúde que são desenvolvidos na atenção básica.

Assim sendo, os resultados do estudo permitem inferir que o SIAB ainda não alcançou o objetivo de ser um instrumento de apoio a decisão na gestão da Unidade de Saúde da Família sendo necessário, que a gestão municipal amplie seus investimentos em tecnologia e na educação permanente dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família para estimular que a informação em saúde seja utilizada como instrumento gerencial para o planejamento e avaliação das ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Desse modo, é esperado que esse estudo possa contribuir para uma melhor compreensão do uso da informação em saúde como instrumento de gerenciamento e apoio a tomada de decisão e que auxilie de forma efetiva a gestão municipal de saúde de João Pessoa a conhecer as suas forças e fragilidades para que possa repensar as estratégias utilizadas e construir novas práticas que favoreçam o fortalecimento da atenção básica e a efetividade dos serviços do sistema único de saúde local.

## REFERÊNCIAS

- 01 Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011 Jun. 29.
- 02 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.110p.
- 03 Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez; 1996.
- 04 Ministério da Saúde (BR). SIAB: manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 96p.
- 05 Ministério da Saúde (BR). Experiências exitosas brasileiras no campo da Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 06 Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Rev. Latino-Am. de Enfermagem. [Internet] 2005 [acesso 11 oct 2013]; 13(4):547-554. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400013&script=sci_arttext).
- 07 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 08 Paulus Júnior A, Cordoní Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde [Internet] 2006 [acesso 28 oct 2013]; 8(1):13-19. Disponível em: [http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf) .
- 09 Ministério da Saúde (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Diário Oficial da União; 1988 out. 05.
- 10 Mendes EV. Atenção Primária à Saúde no SUS. 1ª ed. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- 11 Almeida ML de, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. Texto contexto - enferm. [Internet] 2011[acesso 02 nov 2013] 20:131-137. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017).
- 12 Viana ALD, Dalpoz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Coletiva [Internet] 2005 [acesso 05 nov 2013]; 15: 225-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf> .
- 13 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 199p.

14 Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agente Comunitário de Saúde. Avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 130p.

15 Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2005 [acesso 07 nov 2013]; 10(2):333-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200011&script=sci_arttext).

16 Marx K. O Capital. São Paulo (SP): Abril Cultural; 1983.

17 Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação[Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.; 1998.

18 Pires D. Reestruturação produtiva do trabalho em saúde no Brasil. In: Pires D. Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde. São Paulo (SP): Ananablume; 1998. p.159-203.

19 Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001. Seção 1 p.37

20 Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.

21 Leopardi MT, Gelbcke FL, Ramos FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? Texto & Contexto Enferm. [Internet] 2001 Jan-Abr [acesso 07 nov 2013]; 10(1):32-49. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=302266&indexSearch=ID&lang=p>

22 Jorge MSB, Freitas CHA, Nóbrega MFB, Queiroz MVO. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). Rev. Bras. Enferm. [Internet] 2007 [acesso 05 nov 2013]; 60(1):81-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000100015&script=sci_arttext).

23 Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

24 Gomes, LFAM; Gomes, CFS, Almeida, AT. Tomada de decisão gerencial: enfoque multicritério. 2.ed., Editora Atlas, Rio de Janeiro, 2002.

24 Montana PJ. Administração. Tradução Robert Brian Taylor. São Paulo (SP): Saraiva, 1999.

25 Guimarães EMP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ci. Inf. Brasília. [Internet] 2004 Jan-Abr [acesso 25 oct 2013]; 33(1):72-80. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n1/v33n1a09>.

- 26 Bertalanffy LV. Teoria geral dos sistemas. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
- 27 Schlesinger CCB. Gestão do Conhecimento na Administração Pública. Curitiba (PR): Instituto Municipal de Administração Pública – IMAP; 2008. 120p.
- 28 Murray P. Como as empresas mais inteligentes obtêm resultados da GC. In Davenport TH, Marchand DA, Dickson T. Dominando a gestão da informação. Porto Alegre (RS): Bookman; 2004. 213-219p.
- 29 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM N° 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. Diário Oficial da União nº 61. 2006 Mar. 29.
- 30 Branco MAF. Sistemas de Informação em saúde no nível local. Cad. Saúde Pública [Internet] 1996 Abr-Jun [acesso 17 nov 2013]; 12(2):267-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512.pdf>.
- 31 Organização Mundial da Saúde-OMS. Sistema de informação e tecnologia de informação em saúde: desafios e soluções para a América Latina e Caribe. Genebra: OMS; 1998.120p.
- 32 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – Proposta Versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 Mar.
- 32 Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
- 33 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2008.
- 34 João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Cartografia do SUS em João Pessoa. Volume Um. João Pessoa (PB): SMS, 2012.
- 35 Richardson RJ. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo (SP): Atlas, 2011.
- 36 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União nº12. 2013 Jun. 13.
- 37 Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- 38 Lefèvre F, Lefèvre AM. Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília (DF): Liber Livro Editora, 2005.
- 39 Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2010 [acesso 17 nov 2013]; 31(2): 314-20. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11939/10241>.
- 40 Mintzberg H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre (RS): Bookman; 2004.

41 Oliveira SP, Garcia ACP. Variáveis e indicadores para análise de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2006.

42 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União. 2013 Jul. 11.

43 Moraes IHS, Vasconcellos MM. Informação e informática em Saúde: necessidade de rupturas criativas? Ciênc. Saúde Coletiva [Internet] 2007 [acesso 20 nov 2013]; 12(3): p. 550-551. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000300001&script=sci_arttext).

44 Weirich CF, Mishima SM. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto e Contexto Enferm. [Internet] 2009 [acesso 20 nov 2013]; 18 (2). 249-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>

45 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União nº 18. 2008 Jan, 25.

## Apêndice A – Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Sistema de Informação de Atenção Básica: instrumento de apoio a decisão na gestão da Unidade de Saúde da Família** e está sendo desenvolvida por UBERLÂNDIA ISLÂNDIA BARBOSA DANTAS discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - nível mestrado, matrícula 2012107872 sob a orientação do (a) Prof. Dr. SERGIO RIBEIRO DOS SANTOS.

O objetivo desse estudo é analisar a utilização do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) enquanto ferramenta para tomada de decisão no exercício da gerência da Estratégia de Saúde da Família.

A finalidade deste trabalho é construir um estudo que possibilite conhecer com mais aprofundamento como o SIAB é utilizado para apoio à tomada de decisão na gestão das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa- Paraíba para instrumentalizar a gestão local e subsidiar aos pesquisadores que estudam a temática no país.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário dessa pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) UBERLANDIA ISLANDIA BARBOSA DANTAS. Telefone: 83 87378324.

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## Apêndice B - Questionário

Profissão?

Distrito Sanitário?

Qual é sua carga horária de trabalho semanal na ESF?

Há quanto tempo trabalha nessa ESF?

Qual é sua idade?

Fez pós-graduação?

1. Como você utiliza o sistema de informações de atenção básica (SIAB) no exercício de suas atividades na Estratégia de Saúde da Família?
2. Qual sua opinião sobre o SIAB como uma ferramenta de trabalho?
3. Qual a importância dos dados do SIAB para a sua decisão no processo de trabalho na ESF?
4. De que modo você considera o treinamento importante para o uso do SIAB?
5. Como ocorre a coleta e o registro de dados do SIAB na sua USF?
6. Aponte as dificuldades encontradas no preenchimento e análise das fichas e relatórios do SIAB?
7. Como é a rotina de processamento e de análise das informações do SIAB na sua USF?
8. Qual a sua opinião em relação à informatização da coleta de dados do SIAB?
9. O que você sugere para melhorar a operacionalização do SIAB?
10. Qual o seu papel no gerenciamento das atividades da ESF?
11. O que você entende por tomada de decisão?

**Anexo A - Fichas de Cadastro e Acompanhamento do SIAB**

<b>FICHA A</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>					UF  __ __
ENDEREÇO			NÚMERO  _ _ _ _	BAIRRO		CEP  _ _ _ _ _ - _ _ _ _
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO  _ _	ÁREA  _ _ _	MICROÁREA  _ _	FAMÍLIA  _ _ _ _	DATA  _ _ - _ _ - _ _	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS  NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA  (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

*Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas*

*ALC - Alcoolismo*

*EPI - Epilepsia*

*HAN - Hanseníase*

*CHA - Chagas*

*GES - Gestação*

*MAL - Malária*

*DEF - Deficiência*

*HA - Hipertensão Arterial*

*DIA - Diabetes*

*TB - Tuberculose*

### SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	





Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome:  Endereço:			data da visita do profissional														
			faz dieta														
			faz exercícios físicos														
			usa insulina														
			toma hipoglicemiante oral														
			data da última consulta														
Nome:  Endereço:			data da visita do profissional														
			faz dieta														
			faz exercícios físicos														
			usa insulina														
			toma hipoglicemiante oral														
			data da última consulta														
Nome:  Endereço:			data da visita do profissional														
			faz dieta														
			faz exercícios físicos														
			usa insulina														
			toma hipoglicemiante oral														
			data da última consulta														



<b>FICHA</b>  <b>B - HA</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>  <b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>					<b>ANO</b>  _ _ _ _
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO  _ _	UNIDADE  _ _ _ _ _ _ _ _	ÁREA  _ _ _	MICROÁREA  _ _	NOME DO PROFISSIONAL:	

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS**

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações			
			sim	nã		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome:     Endereço:					data da visita (profissional)																
					faz dieta																
					toma a medicação																
					faz exercícios físicos																
					Pressão Arterial																

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS**

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações		
			sim	nã		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Nome:    Endereço:					data da visita (profissional)															
					faz dieta															
					toma a medicação															
					faz exercícios físicos															
					Pressão Arterial															
					data da última consulta															
Nome:    Endereço:					data da visita (profissional)															
					faz dieta															
					toma a medicação															
					faz exercícios físicos															
					Pressão Arterial															
					data da última consulta															



**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE**

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações			
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez				
Nome  Endereço			Data da visita do profissional														Nº de Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																
Nome  Endereço			Data da visita do profissional														Nº de Comunicantes		
			Toma medicação diária																
			Data da última dose supervisionada																
			Faz auto-cuidados																
			Data da última consulta																
			Comunicantes examinados																
			Comunicantes que receberam BCG																

<b>FICHA B - TB</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>					<b>ANO</b>  _ _ _ _
<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>						
MUNICÍPIO  _ _ _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO  _ _	UNIDADE  _ _ _ _ _ _ _ _ _	ÁREA  _ _ _	MICROÁREA  _ _	NOME DO PROFISSIONAL:	

**ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE**

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações		
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Nome      Endereço			Data da visita do profissional														Nº de Comunicantes	
			Toma medicação diária														Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis															
			Data da última consulta															
			Exame de escarro															
			Comunicantes examinados															
			< 5 anos com BCG															

**ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE**

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações				
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez					
Nome  Endereço			Data da visita do profissional														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	
Nome  Endereço			Data da visita do profissional														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	











<b>Relatório PMA2-C</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>				
<b>MUNICÍPIO</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>SEGMENTO</b>  _ _	<b>UNIDADE</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>ÁREA</b>  _ _ _	<b>MÊS</b>  _ _	<b>ANO</b>  _ _ _ _
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR</b>					

<b>ATIVIDADES/PRODUÇÃO</b>		
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada	
	Demanda Imediata	
	Cuidado Continuado	
	Urgência com Observação	
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool	
	Usuário de drogas	
	Saúde Mental	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática	
	Escovação Dental Supervisionada	
	Tratamento Concluído	
	Urgência	
	Atendimento a gestantes	
	Instalações de próteses dentárias	
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal	

<b>MARCADOR DE SAÚDE BUCAL</b>	
Diagnóstico de alteração na mucosa	

Relatório PMA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				
	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO</b>					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			
<b>C O N S M É D I C A</b>	Residentes fora da área de abrangência		
	<b>Residentes na área de abrangência da equipe</b>	< 1	
		1 - 4	
		5 - 9	
		10 - 14	
		15 - 19	
		20 - 39	
		40 - 49	
		50 - 59	
	60 e mais		
Total			
Total geral de consultas			
<b>Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro</b>	Puericultura		
	Pré-Natal		
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		
	DST/AIDS		
	Diabetes		
	Hipertensão Arterial		
	Hanseníase		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	

	Tuberculose	
<b>Solicitação médica de exames complementares</b>	Patologia Clínica	
	Radiodiagnóstico	
	Citopatológico cérvico-vaginal	
	Ultrassonografia obstétrica	
	Outros	
<b>Encaminhamentos médicos</b>	Atend. Especializado	
	Internação Hospitalar	
	Urgência/Emergência	
<b>Internação Domiciliar</b>		
<b>P</b>	Atendimento específico para AT	
<b>R</b>	Visita de Inspeção Sanitária	
<b>O</b>	Atend. individual Enfermeiro	
<b>C</b>	Atend. individual outros prof. nível superior	
<b>E</b>	Curativos	
<b>D</b>	Inalações	
<b>I</b>	Injeções	
<b>M</b>	Retirada de pontos	
<b>E</b>	Terapia da Reidratação Oral	
<b>N</b>	Sutura	
<b>T</b>	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
<b>O</b>	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
<b>S</b>	Reuniões	

Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

<b>VISITAS DOMICILIARES</b>	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS / Outros Profissionais	
<b>Total</b>	

Relatório SSA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						MÊS:  __ __		ANO:  __ __ __ __			
MUNICÍPIO (nome):			MUNICÍPIO (código):  __ __ __ __ __ __			SEGMENTO  __ __		UNIDADE  __ __ __ __ __ __		ÁREA  __ __ __			
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE													
MICROÁREA ⇨			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
C R I A N Ç A S	<b>Nascidos vivos no mês</b>												
	RN pesados ao nascer												
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g												
	<b>De 0 a 3 meses e 29 dias</b>												
	Aleitamento exclusivo												
	Aleitamento misto												
	<b>De 0 a 11 meses e 29 dias</b>												
	Com as vacinas em dia												
	Pesadas												
	Desnutridas												
	<b>De 12 a 23 meses e 29 dias</b>												
	Com as vacinas em dia												
	Pesadas												
	Desnutridas												
	<b>Menores de 2 anos</b>												
	Que tiveram diarreia												
	Que tiveram diarreia e usaram TRO												
	Que tiveram infecção respiratória aguda												
G E S T.	Cadastradas												
	Acompanhadas												
	Com vacina em dia												
	Fez consulta de pré-natal no mês												
	Com pré-natal iniciado no 1º TRI												
< 20 anos cadastradas													

MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	<b>Diabéticos</b>	cadastrados										
		acompanhados										
	<b>Hipertensos</b>	cadastrados										
		acompanhados										
	<b>Pessoas com Tuberculose</b>	cadastradas										
		acompanhadas										
	<b>Pessoas com Hanseníase</b>	cadastradas										
		acompanhadas										
<b>H O S P I T.</b>	Menores de 5 anos por pneumonia											
	Menores de 5 anos por desidratação											
	Por abuso de álcool											
	Por complicações do Diabetes											
	Por outras causas											
	<b>Total</b>											
	Internações em hospital psiquiátrico											
<b>De menores de 28 dias</b>												
Por diarreia												



