

Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo

Health Information Systems: perspective and evaluation by the professionals involved in primary healthcare in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

Débora Cristina Modesto Barbosa¹, Aldáisa Cassanho Forster²

Resumo

O Programa Saúde de Família (PSF) é uma estratégia que se utiliza de indicadores locais e regionais. Para isso, incorpora instrumentos que possibilitem a coleta de dados e a conversão destes em informações que possam ser analisadas. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) surgem nesse contexto como ferramenta possibilitadora de tais ações. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais do PSF sobre o SIS que manipulam, por meio de um estudo descritivo e qualitativo, realizado em cinco unidades do PSF do município de Ribeirão Preto, São Paulo. A coleta ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas com 37 profissionais. Foram respeitados os aspectos éticos e legais (resolução 196/96). Os resultados foram produzidos após o tratamento dos dados segundo Bardin para análise temática, resultando em três temas: a atuação profissional de atenção básica, na qual os profissionais classificam sua atuação como basicamente assistencial; o SIS utilizado no PSF e a percepção dos profissionais, observando-se que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é o SIS utilizado nas unidades, mas que tem pouca interferência nas ações da equipe; a utilização do SIAB para planejamento de ações, em que a equipe opta por outros instrumentos para nortear seu planejamento que não os produzidos pelo SIAB.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, informação, sistemas de informação

Abstract

The Brazilian family health program (PSF, acronym in Portuguese) is a strategy that aims at actions based on local and regional indicators, so it incorporates instruments that make possible the data collection and the conversion of these data into information that can be analyzed. The health information systems (HIS) are tools that make these actions possible. The objective of this research was to evaluate the perception of the PSF professionals on the HIS that they manage through a descriptive and qualitative study, carried out in five PSF units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. The data collection was performed through semi-structured interviews with 37 PSF professionals. The ethical and legal aspects have been respected, according to the law resolution 196/96. The results were yielded according to Bardin for thematic analysis, resulting in three subjects: 1) the primary healthcare professional performance, in which most of the staff characterized their role as assisting basic assistance; 2) the HIS used in the PSF and in the professionals' perception – it is noticeable that the primary healthcare information system (SIAB, acronym in Portuguese) is the HIS used in the units, but it has little influence on the team's actions; 3) the use of SIAB for action planning – the team generally use other instruments, not the ones produced by the SIAB, to plan their actions.

Keywords: Family Health Program, information, information systems

¹ Mestre em Ciências Médicas. Docente da Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais (FACICA). End.: Rua Ana Amado, 119 – Jardim Zara – Ribeirão Preto (SP) – CEP: 14092-330 – E-mail: deboracmb@yahoo.com.br

² Docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Introdução

A temática central deste estudo insere-se na Atenção Primária em Saúde (APS) por meio da percepção dos profissionais referente ao Sistema de Informação em Saúde (SIS), manipulado na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A APS tem sido definida como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas” (Starfield, 2002, p. 28) e como a habilidade dos países de

elaborar estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade (OMS, 2005, p. i).

A APS é o ponto estratégico e primordial para se coletivizar o trabalho, gerir serviços de saúde e estabelecer estratégias que possam facilitar a assistência, no sentido de acolher a demanda, programar a oferta e favorecer a lógica participativa e democrática, transformando trabalhadores e usuários em atores no processo de cidadania.

Para tanto, é necessário que a mesma seja entendida e revista, no intuito de garantir que realmente possibilite uma maior equidade e eficiência do cuidado, refletindo, assim, em gastos condizentes com a necessidade e satisfação dos usuários, não sendo uma assistência seletiva e focalizada na população de extrema pobreza. Essa renovação proposta pela Organização Mundial da Saúde para a APS incorpora a importância de profissionais qualificados e o uso dos determinantes sociais da saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge dentro dessa nova abordagem e lógica incorporadas à APS, além de ser colocado como uma tentativa de reorganização das práticas assistenciais (Furtado e Santana, 2003; Brasil, 2001).

A ESF está inserida no nível operacional do programa e é responsável pela geração de dados e informações que possibilitem “identificar, conhecer e analisar a realidade local”, produzindo, assim, um ambiente capaz de “propor ações capazes de nelas interferir” (Brasil, 2001, p. 73).

A informação em saúde surge como uma das áreas de conhecimento da Saúde Coletiva por levar em consideração as determinações sociais do processo saúde-doença, além de atuar também como

ferramenta analisadora de produção de ações de saúde, nas decisões, na (re) construção do modelo assistencial possibilitando aos sujeitos alcançarem a autonomia no desenvolvimento de seu trabalho em saúde (Pinto, 2000, p. 3).

A informação é fonte fundamental para o desenvolvimento do planejamento das ações locais, assim como sustentação para

os integrantes da equipe alicerçarem suas atividades e ações pautadas na realidade local, e o sistema de informação é a arma aliada para que sejam produzidos meios para a geração de informações.

Os SISs possuem diferentes definições:

um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados que atuam integradas e articuladamente com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido (Brasil, 2005, p. 67).

reunião de pessoas e máquinas, com vistas à obtenção e processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que o implementa (Brasil, 2005, p. 67).

estruturas administrativas e unidades de produção, [...] articuladas, com vistas à obtenção de dados mediante o seu registro, coleta, processamento, análise, transformação em informação e [...] divulgação (Brasil, 2005, p. 67).

Esses sistemas são capazes de produzir indicadores que podem e devem ser utilizados na organização da assistência realizada. É importante que os SISs se reestruturarem de “forma que possam ser readequados aos novos processos de trabalho vigentes nas unidades” (Proietti, 2003, p. 285), pois sua ausência implica a restrição de análise dos problemas, visto que dificulta a produção de indicadores de necessidades e cobertura/utilização dos serviços de saúde (Paim, 2003).

O trabalho desenvolvido pelos integrantes da ESF aparece como estratégia fundamental para o desempenho real das ações condizentes com essa nova proposta, sendo necessário não somente a incorporação dessa lógica como também ações inovadoras e planejadas.

Individualmente, cada profissional possui características específicas para realizar o trabalho no âmbito de suas competências. Esse aspecto pode ser classificado como positivo, pois viabiliza que cada um possa adaptar seu trabalho de acordo com a variabilidade de situações e das suas próprias características individuais e estilos de trabalho (Mascia *et al.*, 2006).

Investigar como esses profissionais se veem nessa lógica e as alternativas que adotam para desenvolvimento da mesma é de suma importância para avaliar condutas e evidenciar limitações ou maximizações encontradas no serviço e, conseqüentemente, nos equipamentos utilizados para isso.

Sendo assim, o presente estudo propôs a investigação da percepção e da avaliação que esses profissionais têm do SIS, o qual manipulam nessa unidade.

Metodologia

Esta é uma pesquisa de caráter descritivo exploratório, cujo objetivo foi observar, descrever e explorar aspectos de uma situação real de relacionamento entre profissionais e SIS. Sua abordagem é qualitativa, na tentativa de suprir as necessidades do estudo nesse campo, além de produzir subsídios que possam informar programas de formação sobre o lidar qualificado com os SISs.

Na realização do estudo, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas como forma de abordar os profissionais de interesse da investigação, presentes em cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF) no Município de Ribeirão Preto, São Paulo, ligados ao Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e pertencentes ao Distrito Oeste/Sumarezinho.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro e março de 2006, perfazendo um total de 37 entrevistas, sendo os sujeitos da pesquisa (médicos e residentes, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) entrevistados em seus locais de trabalho.

Um roteiro com questões norteadoras contemplou questões como: atuação profissional, o principal SIS informatizado na unidade e sua utilização, bem como sua finalidade sob a ótica de cada profissional, seu emprego no planejamento das ações, dificuldades e falhas do sistema, além do treinamento da equipe para a sua operacionalização.

Por ser um trabalho com seres humanos, o projeto de estudo foi encaminhado e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, tendo recebido a devida aprovação para sua execução.

Foram realizadas entrevistas individuais com cada membro das equipes dos NSF, utilizando-se de ambiente tranquilo e reservado. Todas foram gravadas.

Para interpretação dos dados, fez-se uso da análise de conteúdo fundamentada em Bardin, que tem significado mais amplo do que um procedimento técnico, ou seja:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/acolhimento destas mensagens (Bardin, 1977, p. 3)

Mais especificamente, empregou-se a análise de conteúdo do tipo temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou

frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado. Na pesquisa qualitativa, a análise temática encaminha-se para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo.

A análise dos dados foi baseada na percepção da ESF em relação ao SIS utilizado na Unidade de Saúde da Família (USF).

Resultados e discussão

Após a realização das entrevistas baseadas no roteiro, conseguiu-se estruturar a análise em três grandes grupos relativos aos seguintes aspectos: a atuação profissional de atenção básica; o SIS utilizado na atenção básica e a percepção dos profissionais; e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para planejamento de ações.

A atuação profissional de atenção primária à saúde

O Ministério da Saúde (Brasil, 2008, p. 7) relata que

o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas.

Essas características ressaltam que:

No processo de trabalho em saúde [...] as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho é o que está definido de forma prescritiva para ser executado pelos diferentes profissionais, mas também e, principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho. Inclui, portanto, o esforço que se despende no cotidiano profissional, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários (Brasil, 2008, p. 6).

Sendo assim, os conceitos de trabalho e de processo de trabalho devem ter uma análise mais ampla que não se restrinja somente à sua composição ambiental, mas que incorpore também uma “categoria explicativa, que se inscreve nas relações sociais de produção existentes entre capital e trabalho” (Lacaz, 2002).

Na USF, esse trabalho tem sido exercido por uma equipe multiprofissional, que realiza ações específicas e interdisciplinares, possibilitando ações de cunho individual e coletivo.

Ao tentar-se identificar o que esses profissionais, atores do processo de trabalho, visualizam sobre sua atuação, identificou-se que os mesmos ainda apresentam uma grande dicotomia entre as ações que desenvolvem de cunho mais administrativo e aquelas que são de cunho mais assistencial. Eles relatam ambas as atividades, mas não de forma complementar, e sim como ações isoladas e fragmentadas.

Eu sou agente comunitária. Eu faço as visitas domiciliares da minha área. (ACS (agente comunitário de saúde) – NSF A)

A atividade para o enfermeiro [...] tem, além das atividades de organização administrativa [...] a assistência [...]. (ENF (enfermeiro) – NSF B)

A atividade é basicamente a de fazer a supervisão dos médicos residentes e dos alunos de medicina. Também faço alguns atendimentos, eventualmente, mas principalmente eu fico por conta dessa supervisão dos atendimentos que eles fazem. (MED (médico) – NSF E)

Bom aqui no núcleo eu sou residente de medicina de família e a gente trabalha mais na parte de assistência. (RESID (residente) – NSF E)

Isto [visitas, orientações] é o que a gente realiza. Fora a parte burocrática, da papelada, as metas que tem que cumprir. (ACS – NSF D)

É o que eu falo, você fica navegando no meio da papelada também. (ACS – NSF C)

Perde-se muito tempo dentro da unidade preenchendo fichas disto, fichas daquilo. [...] Poderíamos estar fazendo visitas, prestando assistência as pessoas, mas ficamos aqui. (ACS – NSF E)

As falas demonstram que ainda existe um falta de entrosamento entre os mecanismos existentes (formulários, instrumentos, visitas, consultas) na USF para um real desenvolvimento dos cuidados de saúde. A ocorrência desse fato influencia a resposta produzida pelo setor, visto que se pode gerar um resultado inadequado àquele realmente apresentado, o que possibilita falhas na antecipação de situação e solução de problemas (OMS, 2008).

A informação gerada pelo serviço, quando pautada nos indicadores produzidos pela equipe, proporciona o desenho real de uma realidade apresentada pela população,

viabilizando, assim, ações condizentes com as necessidades locais regionais.

Há, desse modo, uma necessidade de articulação entre o processo de trabalho realizado na ESF e os instrumentos existentes, visto que a inserção de novas tecnologias nesse contexto de trabalho contribui significativamente para o desenvolvimento do setor Saúde, tanto no que se refere às questões de caráter assistencial quanto às de caráter organizativo.

Para que haja essa possibilidade de detecção e intervenção e, conseqüentemente, aumento da resolutividade dos problemas de saúde, é necessário que os profissionais saibam seu papel, as habilidades e competências de que necessitam, além de traçarem estratégias que viabilizem essas ações e terem aporte para realização das mesmas, visto que, conforme Oliveira (2000), os profissionais devem apresentar habilidades específicas e disposição para aprender, e não somente entusiasmo.

Outro cuidado necessário é ter clareza para que o trabalho desenvolvido não se prenda somente à produtividade, devido a uma cobrança repetida, ou à realização de ações pontuais voltadas para etapas do ciclo vital ou controle de alguns agravos (Santos *et al.*, 2007); caso contrário, o trabalho em equipe passa a atuar perante uma lógica de racionalização e agilização das tarefas para cumprir simplesmente metas numéricas, o que compromete essa equipe, tornando-a marcada pelo agrupamento de agentes marcados pela fragmentação e pela justaposição das ações sem ação integrativa (Peduzzi, 2001).

Enquanto essa clareza não se torna tão evidente, há um comprometimento na utilização adequada das informações para uma real programação e planejamento daquilo que se realiza e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

O SIS utilizado no Programa Saúde da Família e a percepção dos profissionais

O SIAB tem por objetivo acompanhar a implementação e monitorar os resultados do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF (Brasil, 2003). A unidade privilegiada de geração e coleta das informações do sistema é a família/domicílio. O processamento das informações no sistema consiste basicamente na agregação dos dados entre os diversos níveis operacionais (microárea, área, segmento, município, regional de saúde, estado) e na respectiva construção de indicadores. As saídas são relatórios de dados e indicadores agregados, voltados para o acompanhamento e avaliação do desempenho das equipes de saúde da família e dos agentes de saúde (Brasil, 2005).

Para produzir, consolidar e facilitar a análise da informação, utiliza-se um sistema que compreende pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações e que colhe, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos. Embora seja possível contar com um sistema de informação eficaz e sem qualquer grau de informatização, a ampla e crescente presença da informática em todos os domínios da vida social brasileira tem feito com que o próprio conceito de sistema de informação encontre-se atrelado à ideia de informatização.

O principal SIS utilizado nas USFs é o SIAB, que foi, segundo o Datasus,

desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária. (Brasil, 2010)

O SIAB aparece como um SIS diferenciado dos demais por possibilitar a utilização pontual das informações, produção de indicadores e consolidação progressiva da informação, partindo dos níveis menos agregados para os mais agregados.

A informação é fonte fundamental para o desencadeamento de ações pautadas na realidade local e para a possibilidade de programação prévia, assim como identificação de obstáculos a serem transpostos. Mas é necessário primeiramente que esta seja clara e acessível para permitir sua real compreensão (Wurman, 1991 *apud* Pinto, 2000) por toda a equipe e que seja verídica e fidedigna para proporcionar a viabilidade das ações. Para tanto, é necessário que esses profissionais tenham “a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes, onde se pode recorrer a diversas formas de conhecimento” (Mishima, 1995), garantindo, assim, sua real utilização.

O SIAB é um sistema informatizado, que apresenta formulários manuais e informatizados. Sua manipulação e preenchimento são classificados como de fácil tecnologia que não demanda tamanho manejo e habilidade, visto que os dados lançados são os mesmos apresentados no formulário impresso. Silva e Laprega (2005) também chegaram às mesmas conclusões quanto à manipulação.

Já quando se analisa a valorização do conteúdo, possibilitado pelo processamento do sistema, os profissionais relatam que:

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

É um desperdício. Poderia e deve ser uma ferramenta muito importante utilizada dentro dos seus limites, mas ainda assim traria um impacto muito positivo para as práticas do PSF. E que é desperdiçado. (MED – NSF E)

[...] a gente manipula [...] o sustenta diariamente com informações que a gente trás das famílias. Então a gente manipula ele o tempo todo, porque ele é a fonte, é dali que tira tudo. Quase todas as informações. (ACS – NSF E)

Não, eu quase não faço nada no SIAB. A gente anota a produção diariamente, e no fim do mês quem alimenta o SIAB é a enfermeira e os agentes comunitários. Auxiliar não alimenta o SIAB. (AE (auxiliar de enfermagem) – NSF A)

As falas evidenciam que o SIAB é utilizado pontualmente para atualização de dados e produção de relatórios mensais, e, apesar de possuir uma gama maior de possibilidade de uso para apoio da equipe, muitas vezes não é usado com esse intuito.

Apesar de manipulado frequentemente, ainda não se evidencia com clareza e sistematização o desenvolvimento de todas as etapas do processo do sistema.

É necessário que haja uma maior divulgação dos passos e desenvolvimento do SIAB, pois isso facilitaria e viabilizaria sua utilização de forma mais integrada e maximizada expandindo, assim, seu uso não só para coleta e preenchimento dos dados no sistema, mas também para geração de informações por meio dos relatórios para uso na programação das ações e visualização de indicadores.

Estudos como o de Freitas e Pinto (2005) apontam para situação similar, na qual mesmo a produção de informações em saúde sendo um importante instrumento, a preocupação maior da ESF em relação ao SIAB não se concentra na análise das informações que ele é capaz de fornecer para a realização da programação local.

Apesar de apresentar possibilidades, o SIAB também apresenta falhas inerentes tanto ao *software* quanto à forma de operacionalizá-lo. Quanto ao *software*, os profissionais informam que ele não atualiza as idades automaticamente; apaga dados das pessoas de 14 anos quando elas completam 15; as famílias excluídas em bases secundárias não são excluídas na base municipal após o repasse dos relatórios. Além disso, são solicitados dados de crianças até dois anos como amamentação, peso e vacinação, mas essas informações não são encontradas no seu consolidado. O mesmo ocorre com algumas patologias prevalentes na área, que não podem ser digitadas e, conseqüentemente, não constam no consolidado

do sistema que deveria ser utilizado como base para o planejamento das ações locais.

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

Eu acho que é um sistema bom, que precisava ser [...] menos gessado. [...] Nossa situação epidemiológica é um pouco diferente de norte e nordeste. [...] Você não tem um espaço para colocar um problema de saúde importante para nós como a obesidade [...] a depressão [...]. (ENF – NSF B)

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

Eu acho que não é condizente com a realidade. É um sistema do qual a gente dispõe, eu não acho que seja o sistema ideal. (MED – NSF E)

Quando não se evidencia uma sintonia entre o que se coleta e a forma de consolidação pelo sistema, a tendência é a incredibilidade e o conseqüente desinteresse de realização, visto que o retorno não vem na mesma proporção, fazendo com que os profissionais somente coletem os dados.

O fato de ser um sistema de ordem nacional faz com que o SIAB seja classificado como gessado. Isso viabiliza a aglomeração de dados em ordem nacional, mas, para a unidade em questão, ficam pendências de alguns dados inerentes à realidade local que precisam ser analisados em sistema à parte do SIAB.

O interessante é identificar as falhas para que essas possam ser sanadas, ou pelo menos minimizadas. Porém, para conseguir detectá-las, é necessário primeiramente conhecer profundamente o sistema, pois somente assim se consegue evidenciar esses aspectos passíveis de melhoria e oferecer alternativas de soluções, visto que quem está envolvido com esse nível mais operacional é realmente o que consegue enxergar com mais clareza todo o processo.

Pontuar as possibilidades de utilização do sistema também é de fundamental importância, pois possibilita a disseminação de formas reais e factíveis de sua utilização. Os profissionais deste estudo se posicionaram da seguinte forma:

Acho que é um instrumento de gerenciamento importante. Com todas as dificuldades ele tem muitas potencialidades. (ENF – NSF A)

Eu acho que é burocracia e prestação de serviço, só. (ACS – NSF B)

É um sistema que tem todas as informações da área. Que ai a gente separa por cada micro-áreas. (ACS – NSF A)

O SIAB proporciona relatórios do conjunto dos pacientes e de suas famílias. São geradas tabelas de produção e das características epidemiológicas, proporcionando resultados para a elaboração de um diagnóstico populacional. Esse diagnóstico deveria ser utilizado na organização da USF, nas ações de cada profissional no contexto do trabalho em equipe e na gerência do serviço.

Porém, volta-se novamente à dicotomia entre o que é coletado e as possibilidades de utilização quando se comparam as falas dos profissionais. Outra situação percebida é que os profissionais da equipe têm uma atuação mais dirigida à clínica. Para desenvolvê-la, necessitam das informações registradas no prontuário individual e de família, que não estão inseridas no software.

O SIAB, apesar de representar um avanço e possibilitar a produção de indicadores locais, não é uma ferramenta que deve ser usada isoladamente de outros instrumentos, visto que as informações obtidas por meio dele não são suficientes para “uma análise da situação da saúde que contemple tanto os problemas do estado de saúde da população quanto os problemas dos serviços de saúde” (Paim, 2003, p. 193), assim como para um grau de desagregação necessário (Portugal, 2003).

Quando se prevê a minimização de iniquidades, a OMS relata que

a menos que os sistemas de informação recolham dados utilizando estratificadores sociais uniformizados, tais como o nível socioeconômico, gênero, etnia e área geográfica, é difícil identificar e localizar iniquidades. (OMS, 2008, p. 38).

As USF adotam algumas formas alternativas para incrementar os dados que não são agregados pelo SIAB. Apresentam instrumentos de coleta próprios para algumas patologias prevalentes, planilhas, cadernos, lousas, sistemas que surgem como estratégias no apoio ao desenvolvimento de informações complementares necessárias para uma compreensão mais profunda das necessidades da comunidade.

Dados da OMS relatam que “à medida que a informação melhora as múltiplas dimensões da crescente inequidade sem saúde vão-se tornando mais obvias” (OMS, 2008, p. 10).

A incorporação de formas alternativas de geração de indicadores demonstra que há um interesse por parte dos

profissionais em enxergar o que tem sido realizado com a população e que esses indicadores são importantíssimos para o desenvolvimento de suas ações e visualização das mesmas. Seria interessante que essas novas estratégias aproveitassem um pouco mais do que é produzido pelo sistema, para organizar-se de forma complementar ao que ele apresenta, ou seja, trazer características mais intrínsecas do serviço de forma qualitativa, acoplada às informações geradas pelo SIAB, possibilitando, assim, a formulação de uma base de dados própria – não desintegrada, e sim complementar.

A utilização do SIAB para planejamento de ações

Ao se discutir a análise da situação de saúde, pode-se identificar que a mesma corresponde ao momento explicativo do processo de planificação. Uma vez que os problemas de saúde são identificados, sendo passíveis de avaliação, conseqüentemente é aberta a possibilidade de evidenciar as necessidades e realidades de uma situação atual, a explicação lógica e factual de determinantes e problemas que apresentam maior veracidade e racionalidade de análise, visto que oferecem elementos-chave para confecção de soluções e ações (Knox, 1981 *apud* Paim, 2003).

A ausência ou limitação de um sistema que consiga em sua totalidade ou parcialidade oferecer indicadores de necessidades e cobertura de serviços de saúde restringe a possibilidade de utilização do mesmo para a realização de análise de problemas existentes nas unidades.

O SIAB, inicialmente concebido para o acompanhamento do PACS/PSF, inclui diversos indicadores (demográficos, sociais, cobertura, morbidade, mortalidade), além de contemplar as dimensões de território, microlocalização de problemas e responsabilidade sanitária. Abrange diversos níveis de agregação/microárea em que residem as famílias adscritas no território de um segmento, estado, região e país. Esse sistema tem sido objeto de propostas de reformulação, no sentido de contemplar todas as unidades básicas de saúde e não apenas aquelas de saúde da família, podendo contribuir para a “identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais” (Brasil, 2000 *apud* Paim, 2003, p. 193).

Os profissionais do presente estudo referem que, apesar dessa característica embutida ao SIAB, ele não é colocado como instrumento norteador para o planejamento e programação das atividades desenvolvidas e discutidas na unidade. Em sua maioria, é utilizado esporadicamente, principalmente para fins de ensino e conhecimento de perfil epidemiológico. Não existe uma padronização de discussão de seus dados entre os profissionais da equipe.

Aqui constantemente ele é usado, Quando vêm pesquisadores, que querem algumas informações e usam o SIAB. Também ele é utilizado, às vezes, para elaborar grupos. (AE – NSF A)

Essa não é prática comum, tá? Usando SIAB para nortear serviço, fazendo planejamento local. Isto é muito bonito no papel, na realidade não tem acontecido. (MED – NSF E)

Não com uma freqüência mensal. Eu faço para dar uma olhada assim como é que foi a cobertura de visitas que os agentes aquele mês conseguiram. (ENF – NSF D)

Infelizmente, essa é uma realidade encontrada na utilização de outros SISs, como apontado por Sampaio (2003) em seu estudo, que detectou que o mesmo acontece com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), o qual tem sido pouco utilizado para fins de planejamento.

Avalia-se que a reflexão crítica no e do trabalho será possível quando os trabalhadores tiverem a clareza e a possibilidade de dominar o processo de trabalho, ou seja, de “intencionar a finalidade da atenção” e “eleger o que será tomado como objeto do trabalho a partir da leitura das necessidades de saúde” dos usuários “para então definir os instrumentos do trabalho” (Santos *et al.*, 2007).

Outra situação é que, para que haja um “conhecimento pertinente”, é necessário um conhecimento gerado por meio da condição de “apreender problemas globais e fundamentais para neles inserir os conhecimentos parciais e locais”. Sendo assim, o conhecimento profissional deveria estar direcionado para “apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto” (Morin, 2000 *apud* Silva e Cunha, 2002).

É necessário também identificar que o desempenho apresentado pelo SIS interfere diretamente nisso, conforme já discutido anteriormente.

Ao discutir-se o fluxo dos dados, tem-se que, mensalmente, os dados produzidos pelo sistema são consolidados e transmitidos para a instância cabível, no caso, a Secretaria Municipal de Saúde. Lá, uma nova consolidação é realizada, na sistemática de aglomeração das informações provindas das outras unidades do município, possibilitando sua utilização para o planejamento das ações municipais. O fluxo seguinte compreende: Direção Regional, Secretaria Estadual e Ministério da Saúde. Assim, essas informações ganham uma dimensão que não se restringe somente ao local onde são produzidas, visto que são disponibilizadas para acesso universal, de maneira uniforme, devido à permanência de suas características centralizadoras, ou seja, a padronização dos instrumentos de coleta de dados.

Uma vez que dados e informações da unidade são inseridos no sistema que apresenta instrumento de coleta universal, também o consolidado será de abrangência nacional, apesar de não ser universal para todos os casos de atendimento. Com isso, as informações locais se diluem. Assim, um consolidado de interesse da unidade deixa de ser produzido, visto que o mesmo não incorpora as peculiaridades dela em seu resultado final. O instrumento e o processamento são universais, porém adotados em unidades que apresentam características próprias, ou seja, a fonte é peculiar. Nesse processo, o que era informação particular de uma unidade torna-se uma informação universal.

Esse fechamento é geralmente realizado pela enfermeira que fica como responsável por encaminhar os dados via disquete e é também a responsável por acionar a equipe técnica caso ocorra algum problema com o sistema; esses dados que são encaminhados não retornam para a unidade.

Os profissionais aprendem a lidar com o SIAB por meio de treinamento interno, no qual a enfermeira e outros profissionais mais antigos explicam o funcionamento do sistema para os novos profissionais.

Quando eu entrei as agentes comunitárias e a enfermeira me mostraram o SIAB, como é feito aí elas fizeram pra mim.
(ACS – NSF A)

Quando o núcleo abriu foi autodidata. (ENF – NSF A)

Porque quando tem problema a enfermeira chama ele.
(ACS – NSF C)

A realização desse treinamento interno mostra que há necessidade de os processos de comunicação serem claros e precisos. Para que as pessoas tomem boas decisões e essa engrenagem funcione em harmonia, é preciso manter a equipe motivada, unida. E, para que isso aconteça, deve-se ter uma preocupação maior com os processos de comunicação com a equipe; é preciso que as informações sejam passadas com clareza, integralmente, sem nenhum tipo de máscara e, ao invés de focar apenas nos pontos negativos e de cobrança, fornecer também um *feedback* positivo para a equipe sobre o que merece ser elogiado e aproveitado como fator de motivação do grupo. Trabalhar as informações dessa maneira não é tarefa fácil; é preciso superar algumas barreiras naturais da comunicação e das necessidades humanas, além de desenvolver uma maneira satisfatória de reconhecimento da equipe a partir de pequenas ações.

Campos (1994) assinala que há um movimento de “dupla mão”, no qual a gerência, ao se constituir num “instrumento de efetivação de políticas”, como um elemento estratégico

ao processo de transformação dos serviços, é, ao mesmo tempo, uma ação que “resulta” de alterações definidas desde o interior do processo de trabalho, subordinando-se às suas finalidades.

A produção agilizada, atualizada, completa e confiável de informações em saúde, em todos os níveis de gestão, é um importante instrumento de controle social do SUS e na programação local (Freitas e Pinto, 2005).

Caso as informações produzidas pelo sistema fossem mais lógicas e utilizadas para o desenvolvimento geral e não somente em situações específicas, conseguir-se-ia, provavelmente, identificar os determinantes das desigualdades em saúde e, conseqüentemente, elaborar instrumentos e evidenciar indicadores de monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de Saúde (Almeida *et al.*, 1999 *apud* Senna, 2002)

É a informação que, impressa em suportes objetivos, possibilita ser apreendida pelo sujeito trabalhador, tornando-a um componente de sua subjetividade, a qual, quando mobilizada em processos produtivos reais, como o do trabalho em saúde, alcança a condição de saber, um instrumento de intervenção efetiva na solução dos problemas sobre os quais é aplicada (Charlot, 2000).

Mesmo com algumas limitações de ordem profissional e do próprio sistema, consegue-se evidenciar que os profissionais lidam com o sistema de acordo com o que lhes é cobrado e colocado como necessidade básica e, para os pontos que acreditam ser falhos e que têm intervenção direta com o andamento do serviço, fazem uso de outros instrumentos que produzem indicadores mais próximos das suas realidades. O sistema ganha, assim, classificação secundária pelos profissionais quanto à importância de amparar as ações das unidades, visto que não vislumbra alguns dos dados necessários a eles.

Há uma necessidade de adequação, para que não se realize um sistema que não supre claramente a realidade do serviço e não pode ser usado como monitoramento e sustentação para mudanças e organização da tomada de decisão.

■ Considerações finais

O PSF tem suas raízes na APS e, enquanto estratégia de mudança do modelo de assistência, apresenta a proposta de uso de tecnologias específicas para o desenvolvimento do trabalho.

A insuficiência de informações acarreta o comprometimento da racionalização das ações de planejamento e, conseqüentemente, contribui para a iniquidade do cuidado, por acreditar que existe uma população com características homogêneas da rede de serviço (CNDSS, 2008).

A informação é coletada e pode ser usada de forma desagregada ou agregada pelo sistema. Portanto, a análise de informações desagregadas no espaço urbano pode ensinar também um planejamento desagregado e a organização da saúde no nível local (Mendes, 1998).

Mesmo sendo evidenciado que as necessidades de saúde apresentem uma significância expressiva, elas também apresentam algumas limitações, principalmente quando se considera os contextos em que ocorrem, que podem sofrer alterações devido ao seu contexto, uso e utilização (Vieira, 2005).

Um bom SIS depende da periodicidade do fluxo de fornecimento dos dados e do criterioso preenchimento dos instrumentos de coleta, proporcionando relatórios e resultados viáveis para utilização no planejamento de atividades locais. Mas para que isso aconteça, é necessário que as pessoas envolvidas na sua manutenção tenham clareza sobre suas possibilidades, visando ao alcance do objetivo de extrair o seu potencial e transformá-lo em realidade local, detectando focos prioritários e levando a um planejamento local e à execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias encontradas.

Este estudo possibilitou identificar que o SIAB, no uso cotidiano, segundo a percepção de alguns membros da equipe, não alcançou adequadamente o objetivo de ser um instrumento de reorganização das práticas de trabalho. Ele é o principal sistema informatizado de que dispõem, mas basicamente só o alimentam.

Algumas limitações e falhas do SIAB foram citadas pelos entrevistados. Parte dessa limitação pode ser atribuída à presença incipiente da educação permanente e de um treinamen-

to adequado para a equipe, estimulando, assim, o uso do SIAB não só como base de dados a ser preenchida, mas como fonte de informações e instrumento de planejamento.

Neste estudo, o enfermeiro e o agente comunitário de saúde (ACS) foram os profissionais que mostraram maior envolvimento com o SIAB. Os outros profissionais permaneceram mantendo um contato maior com o preenchimento de suas fichas.

Cabe ressaltar a importância de SIAB como instrumento de reorganização do processo de trabalho, mesmo que sua utilização pela ESF tenha se mostrado incipiente, se comparada às suas possibilidades de uso.

O SIAB, mesmo com as dificuldades apontadas, é um sistema de informação que deve ser considerado como uma base fundamental de dados na APS.

Caso seus problemas operacionais e as falhas do *software* fossem sanados e a equipe recebesse um treinamento adequado, sua utilização seria mais adequada, visto que, se os profissionais tivessem mais clareza sobre a importância e as possibilidades do SIS, mais se interessariam em discutir seus dados no sentido de formular o planejamento local. Isso providenciaria uma melhor satisfação do usuário, já que, conforme a publicação da OMS sobre Cuidados de Saúde Primários, agora mais do que nunca:

As pessoas estão cada vez mais impacientes perante a incapacidade dos serviços de saúde em prestar níveis de cobertura nacional, que vão ao encontro das exigências expressas e das necessidades de mudança, bem como perante a sua incapacidade de prestação de serviços no moldes que correspondam às suas expectativas. (OMS, 2008, p. xi).

Referências

ALMEIDA, C. *et al.* *A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade.* Research in Public Health, Technical Papers 17. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* Tradução: Luis A. Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Datasus. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0403>>. Acesso em 8 out. 2010

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2001.* 4. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informação em saúde e a Vigilância epidemiológica.* In: *Guia de Vigilância Epidemiológica.* Brasília: FUNASA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B - Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento sem normas.* São Paulo: Hucitec, 1994.

CHARLOT, B. *Da relação com o saber: elementos para uma teoria.* Tradução Bruno Magne. Porto Alegre: Artmed, 2000.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.* Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2009.

- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.
- FURTADO, C. H. O.; SANTANA, C. *A imagem na saúde: uma visão setorial nos desenhos de profissionais que militam na saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 55-137. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 6).
- HARZHEIM, E. *Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS*. Brasília: Organização Pan-Americana, 2009. (Texto de referência – atenção primária na saúde (APS)).
- KNOX, E. G. *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*. Mexico: Siglo XXI, 1981.
- LACAZ, F. A. C. *Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil*. Organização Pan-Americana, 2002. (Relatório de Pesquisa final).
- MASCIA, F. L. *et al.* O trabalho no Programa Saúde da Família sob a ótica da ergonomia. In: VIANA, A. L. A. *et al.* (Orgs.). *Cadernos de Atenção Básica: inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF*. São Paulo: Cedec/Consórcio Medicina USP, v. 3, 2006. p. 173-205.
- MENDES, E. V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MISHIMA, S. M. *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto*. (Doutorado em Enfermagem), Ribeirão Preto, SP, Universidade de São Paulo, 1995.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- OLIVEIRA, M. S. A academia apostando na estratégia da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 1, n. 3, p. 46-52, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca*. Organização Mundial da Saúde, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*. Washington, DC: OPAS, 2007.
- PAIM, J. S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C. M. (Orgs.). *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 183-212. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PINTO, I. C. *Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP*. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2000.
- PORTUGAL, J. L. *Integração Siab e Sig: uma proposta para o funcionamento do programa de saúde da família*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Recife, PE, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- PROIETTI, F. A. Observatório de saúde urbana de Belo Horizonte. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C. M. (Orgs.). *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3).
- SAMPAIO, L. F. R. *Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica: PPI/AB, 2002*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Salvador, BA, Universidade Federal da Bahia, 2003.
- SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 41, n. especial, p. 777-781, 2007.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. 203-211, 2002.
- SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.
- SILVA, E. L.; CUNHA, M. V. A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. *Ciência da Informação*, v. 31, n. 3, p. 77-82, 2002.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- VIEIRA, E. M. Avaliação de Serviços de Saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Coord.). *Fundamentos de Epidemiologia*. São Paulo: Manole, 2005, p. 337-354.
- WURMAN, R. S. *Ansiedade de Informação: como transformar informação em compreensão*. Tradução de Virgílio Freire. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1991.

Recebido em: 14/05/2009
 Reapresentado em: 26/01/2010
 Aprovado em: 20/03/2010