



Revista Latino-Americana de Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Pini de Freitas, Fernanda; Carvalho Pinto, Ione  
Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção  
básica-SIAB  
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 4, julio-agosto, 2005, pp. 547-554  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421846013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA-SIAB<sup>1</sup>

Fernanda Pini de Freitas<sup>2</sup>

Ione Carvalho Pinto<sup>3</sup>

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 Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):547-54.

*Objetivo do estudo foi identificar e analisar a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB como instrumento de trabalho da equipe saúde da família-ESF, identificando finalidade, possíveis dificuldades e facilidades na utilização das fichas do SIAB. É um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com a ESF de Franca - São Paulo - Brasil. Estruturou-se a análise em quatro grupos: SIAB instrumentalizando o trabalho da ESF; contradições na utilização do SIAB; limitações quanto à alimentação dos dados e sugestões para soluções dos problemas. Identificou-se que é esporádica a utilização e o envolvimento da ESF com o SIAB, pelas dificuldades da equipe em trabalhar com análise, monitoramento e avaliação de dados para a realização da programação local e em relação aos agentes comunitários de saúde, onde a alta rotatividade dos mesmos reflete diretamente no inadequado preenchimento, interpretação e dificuldade no entendimento da finalidade das fichas.*

**DESCRIPTORES:** sistemas de informação; cuidados primários de saúde; saúde da família

## PERCEPTION OF THE FAMILY HEALTH CARE TEAM ABOUT THE USE OF THE BASIC HEALTH CARE INFORMATION SYSTEM-SIAB

*This study aimed to identify and analyze the use of the Basic Health Care Information System-SIAB by the family health care team, identifying the aim, possible difficulties and facilities of using these forms. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. We have used semi-structured taped interviews with the family health care team in Franca - São Paulo - Brazil. The analysis was structured into four groups: the usage of SIAB as a work instrument for the health care team; contradictions in the usage of SIAB; limitations as to data input; and suggestions on how to solve these problems. We will show that the team's use and involvement with SIAB is sporadic, due to difficulties in analyzing, monitoring and evaluating data for complying with local programs related to community health agents, whose high turnover directly affects the inadequate completion and interpretation of forms, as well as difficulties to understand the aim of these forms.*

**DESCRIPTORS:** information systems; primary health care; family health

## PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA-SIAB

*El objetivo del estudio fue identificar y analizar la utilización del Sistema de Información de la Atención Básica-SIAB como instrumento de trabajo del equipo de salud de la familia-ESF, identificando finalidad, posibles dificultades y facilidades en la utilización de las fichas del SIAB. Es un estudio exploratorio, descriptivo con aproximación cualitativa. Se grabaron entrevistas semiestructuradas con el ESF de Franca - São Paulo - Brasil. Estructuramos el análisis en cuatro grupos: SIAB instrumentalizando el trabajo del ESF; contradicciones en la utilización del SIAB; limitaciones con respecto a la alimentación de los datos y sugerencias para soluciones de los problemas. Identificamos que es esporádica la utilización y la participación del ESF con el SIAB, debido a las dificultades del equipo en trabajar con el análisis, monitoreo y evaluación de datos para la realización del planeo local con relación a los agentes comunitarios de salud, cuyos altos niveles de rotación influyen directamente la inadecuada forma de completar y interpretar las informaciones y la dificultad para comprender la finalidad de las fichas.*

**DESCRIPTORES:** sistemas de información; atención primaria de salud; salud de la familia

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família Polo Norte/Oeste Paulista de Formação Acadêmica e Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família Coordenadoria - Norte; <sup>2</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Pública, Chefe de Divisão de Rede Própria da Secretaria Municipal de Saúde de Franca, e-mail: pinifreitas@uol.com.br; <sup>3</sup> Orientador, Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: ionecarv@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde-MS reconheceu, na década de 90, a crise no modelo assistencial. O reconhecimento da referida crise fez surgir, em 1994<sup>(1)</sup>, nova estratégia estruturante para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS: o Programa Saúde da Família-PSF.

O PSF visa provocar mudanças no modelo assistencial, ou seja, na forma como os serviços de saúde estão organizados em um determinado território, com população definida, quais os "produtos" resultantes dos seus processos de trabalho e como esses "produtos" são distribuídos entre a população. Tenta romper com o modelo de atenção à saúde baseado na visão biológica e mecanicista e na atenção individual. O modelo biologista traz o processo saúde-doença como um fenômeno de caráter individual e não social, cuja responsabilidade e solução compete apenas ao indivíduo e não à sociedade e ao Estado<sup>(2)</sup>.

No Brasil, o processo para a reorganização do sistema de saúde iniciou-se com as Ações Integradas de Saúde e com o movimento denominado Reforma Sanitária, cujo apogeu se deu em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual o elenco de princípios e diretrizes para tal finalidade foi estatuído na Constituição do Brasil-1988<sup>(2-3)</sup>.

No cenário mundial, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que resultou na Declaração de Alma Ata, já reafirmava enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, gerando a proposta "Saúde para Todos no ano 2000" e a estratégia de Atenção Primária à Saúde, que foi destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, com a promulgação da carta de Ottawa. Discutiram-se políticas públicas e ambientais saudáveis e ressaltou-se a importância da ação comunitária como estratégia para se alcançar a saúde. Recomendava-se também a reorientação dos serviços de saúde, tendo como pré-requisitos necessários a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade<sup>(4-5)</sup>.

A Atenção Primária à Saúde-APS direciona os serviços para responder às necessidades da população, seja de forma coletiva ou individual. Para a APS mais ampla, mudanças no modelo assistencial convencional devem ocorrer. Essas mudanças foram definidas em Alma Ata, conforme descritas na Tabela 1<sup>(6)</sup>.

Tabela 1 - De atenção médica primária à atenção primária à saúde<sup>(6)</sup>

Convencional	Atenção Primária
<b>Enfoque</b>	<b>Enfoque</b>
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<b>Conteúdo</b>	<b>Conteúdo</b>
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
<b>Organização</b>	<b>Organização</b>
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
<b>Responsabilidade</b>	<b>Responsabilidade</b>
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação de comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

A atenção primária representa um esforço para que o sistema de saúde se consolide, tornando-se mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre os serviços de saúde e a população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência<sup>(7)</sup>.

A estratégia Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias centradas nos princípios do SUS de equidade, descentralização, integralidade e participação popular e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população e práticas. Entende-se que as práticas de saúde vão muito além de intervenções curativas, devendo ser direcionadas não só para atender, mas para prevenir a doença e promover a saúde<sup>(8-9)</sup>. Ações são estendidas para e junto a comunidade, assumindo o desafio de promover a reorganização da prática assistencial, com uma visão de que a saúde é um conceito construído socialmente, em que a morbidade e a mortalidade dos grupos populacionais estão relacionadas às condições biológicas, econômicas, sociais e culturais.

O PSF é uma estratégia que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, em conformidade com os princípios do SUS, tendo como base as necessidades e prioridades da comunidade cadastrada. Desenvolve seu trabalho com uma equipe multidisciplinar, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, com responsabilização sobre um território onde vivem ou trabalham as pessoas de uma área adscrita. Cada equipe é responsável, no máximo, por 4500 pessoas ou 1000 famílias<sup>(3)</sup> e sua implantação gera alterações em todos os níveis do sistema.

Para monitoramento e avaliação das ações e serviços, realizados pelas equipes de saúde da família, o MS implantou, em 1998, junto aos municípios e Estados o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB. Esse foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do SUS com informações, visando a agilização e consolidação dos dados coletados. O sistema tem potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente as informações<sup>(9-10)</sup>. Significa a possibilidade de uso de dados para planejar as ações e tomar decisões locais, uma vez que sua finalidade é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde<sup>(11)</sup>.

"Os sistemas de informação são concebidos segundo a lógica de organização dos serviços de saúde"<sup>(11)</sup>. Eles influenciam e são influenciados pelo modelo assistencial em vigência. O SIAB foi criado como um instrumento para gestão de sistemas locais de saúde. É um sistema de informação que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangências definidas<sup>(8)</sup>. Composto por módulos, o SIAB contempla o cadastramento das famílias, por meio do qual são levantados dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde referidos na ficha A. Em outro módulo, refere-se à situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco nas fichas B e C. Finalmente, contempla um módulo para notificação de agravos e registro de produção na ficha D. Para consolidação dos dados, existem relatórios denominados SSA2, SSA4, PMA2 e PMA4. A finalidade desses relatórios é permitir o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los, sempre que necessário, visando melhorar a qualidade prestada pelos mesmos. Além desses, o SIAB ainda cadastra as equipes que atuam no PSF, sendo a base para o repasse dos incentivos financeiros do MS para os municípios<sup>(11-12)</sup>. Todos os membros que compõem essa equipe manuseiam as fichas do SIAB.

Alguns problemas são detectados em relação ao SIAB, pelo próprio MS, como:

"... pouca divulgação, a gestores, da

importância, capacidade potencial e atual do SIAB. O modelo atual do sistema abrange parcialmente as ações referentes à atenção básica, duplicidade de informações nos diversos sistemas do MS, capacitação insuficiente das equipes para operar e utilizar as informações produzidas e falhas no processo de coleta, na periodicidade e no fluxo de dados"<sup>(11)</sup>.

Apesar da persistência ainda de inúmeros problemas e diversas dificuldades que, muitas vezes, se consolidam - provavelmente porque a população e as instituições não visualizaram as possibilidades da utilização da informação como instrumento de negociação e transformação - o SIAB deve ser considerado uma base de dados fundamental para o trabalho no PSF.

Esses problemas identificados poderão ser solucionados com o processo de Reformulação do SIAB - Projeto SIAB-*plus*, que consta do "Documento de Referência para a Oficina de Trabalho de Reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica" e do "Relatório da Oficina de Trabalho de Reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica, a fim de que venha atender às necessidades da estratégia Saúde da Família"<sup>(11)</sup>. O SIAB-*plus* deverá garantir a entrada de dados e geração de informações únicas, a integração com os Sistemas Cartão Nacional de Saúde-SCNS, CadSUS, Sistema de Regulação - Sisreg, Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-SCNES, a otimização da captura de dados referentes aos diversos programas da atenção básica, evitando, assim, a duplicidade de esforços e a repetição de informações, uma vez que a fragmentação histórica dos sistemas de informações em saúde é fato, visto que, em uma mesma unidade, vários dados são coletados de forma desarticulada, o que dificulta a atribuição de um significado aos mesmos no sentido de torná-los informações importantes na produção de ações, aprimorar as formas de gerenciamento, controlar as ações realizadas e incluir novos programas assistenciais no nível municipal<sup>(11-12)</sup>.

O objetivo principal do SIAB-*plus* é disponibilizar aos gestores do SUS informações que reflitam o perfil de atendimento e a situação de saúde, permitindo adequado planejamento, acompanhamento e avaliação das ações<sup>(11)</sup>.

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.

Notamos que o SIAB necessita de aperfeiçoamento, visando a superação dos problemas já identificados, mas, neste estudo, optou-se por fazer um recorte, ou seja, conhecer a percepção da Equipe de Saúde da Família na utilização do SIAB, em um Núcleo de Saúde da Família de Franca-SP.

## OBJETIVOS

### Objetivo geral

Estudar a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica, segundo a percepção da equipe de saúde da família de Franca - São Paulo - Brasil.

### Objetivos específicos

- Identificar a finalidade e utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica, segundo a percepção da equipe de saúde da família de um Núcleo de Saúde da Família de Franca.
- Identificar as dificuldades e facilidades no processo de utilização das fichas que compõem o SIAB (Ficha A, Ficha B, Ficha C, Ficha D) e relatórios de consolidação (SSA4, PMA2), segundo a percepção da equipe de Saúde da Família de um Núcleo de Saúde da Família de Franca.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa dos dados.

### Local do estudo

#### Município de Franca

O estudo foi desenvolvido no município de Franca - São Paulo - Brasil. Franca possui área de 609 km<sup>2</sup> e extensão de 512km<sup>2</sup>, situando-se na região nordeste do Estado de São Paulo.

É sede da DIR XIII, à qual pertencem 22 municípios. A população de Franca - estimada para o ano de 2003 - é de aproximadamente 304569 habitantes, sendo 154098 mulheres e 150471 homens, distribuídos assim: 1,92% na zona rural e 98,08% no perímetro urbano<sup>(13)</sup>.

A densidade domiciliar na zona urbana é de

3,56 pessoas/domicílio. O município possui 80655 imóveis domiciliares e um déficit habitacional de aproximadamente 9000 moradias<sup>(13)</sup>. Embora o município não apresente favelas, existem alguns aglomerados em condições precárias, concentrados na área urbana, que se caracterizam como barracos de alvenaria.

O município possui, em 100% das residências, rede de água tratada e fluoretada (0,7 p.p.m. de flúor) e 100% possuem esgoto sanitário coletado e tratado. Conta com coleta de lixo em 100% das residências e o destino dos mesmos é o aterro sanitário<sup>(13)</sup>.

Franca encontra-se habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal na Norma Operacional Básica/96 e na Gestão do Piso de Atenção Básica Ampliada-GPABA da Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS/01 e conta com a seguinte estrutura física na rede pública de saúde: 14 Unidades Básicas de Saúde, 5 Núcleos de Saúde da Família, 1 Núcleo de Gestão Assistencial, 1 Centro de Saúde, 1 Ambulatório de Endocrinologia e Diabetes, 1 Centro de Apoio Psicossocial, 1 Laboratório II, 2 Prontos-Socorros e 2 Hospitais conveniados com o SUS, sendo um geral e o outro psiquiátrico.

Em relação aos indicadores básicos de saúde, o município apresenta os seguintes dados, em 2001, segundo a Vigilância Epidemiológica municipal<sup>(14)</sup>:

- coeficiente de mortalidade infantil: 14,00/1000 nascidos vivos;
- coeficiente de mortalidade materna: 57,33/100000 nascidos vivos;
- taxa de natalidade: 17,69/1000 nascidos vivos;
- taxa de mortalidade geral: 5,15/1000 habitantes.

### Área de abrangência contemplada no estudo

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, foi delimitada uma área de abrangência do município de Franca, pertencente a um Núcleo de Saúde da Família, localizado na região oeste do município, aberta ao público das 7 às 17 horas. O número de famílias cadastradas nesse núcleo é de 854, perfazendo o total de 3581 pessoas, o que corresponde a 100% dos moradores do local.

### Entrada no campo de estudo

### Questões éticas

Este estudo não trata de experimento com

seres humanos, mas como trabalhadores da saúde é que foram entrevistados, considerou-se necessário realizar todos os procedimentos relativos à ética em pesquisa.

Encaminhou-se carta, oficialmente, ao Secretário Municipal de Saúde de Franca, informando sobre a finalidade da pesquisa e solicitando autorização para desenvolver a referida pesquisa na área de abrangência escolhida.

Diante do exposto, antes da entrada em campo, foram seguidas as normas estabelecidas para desenvolvimento de pesquisa, submetendo esse projeto ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Após a autorização oficial, contatou-se o Núcleo com a finalidade de expor os objetivos do trabalho, bem como o período em que seria realizado.

#### Técnicas de pesquisa

Para realizar a pesquisa utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas com a equipe de saúde da família, entendendo que esse tipo de entrevista possibilita obter informes contidos nas falas dos atores sociais, reforçando a importância da linguagem e do significado da mesma na coleta de informações<sup>(15)</sup>.

As entrevistas foram norteadas por questões relativas à finalidade e utilização do SIAB, abordando aspectos como: situações do processo de trabalho em que é utilizado, a eficiência e debilidades na sua utilização, conhecimento e entendimento da equipe de saúde da família em relação às fichas, fluxo das informações, discussão dos dados, treinamentos, sugestões e possíveis alterações nas fichas.

As entrevistas foram realizadas no mês de abril de 2003, com todos os profissionais envolvidos na equipe de saúde da família do Núcleo selecionado, sendo um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde, totalizando 13 pessoas, conforme o horário de disponibilidade e de permissão da equipe. As entrevistas foram codificadas em: M-médico, E-enfermeiro, T-técnico de enfermagem e A-agente comunitário de saúde.

#### Análise dos dados

Utilizou-se para análise e interpretação dos dados, a 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"<sup>(16)</sup>.

Enquanto busca teórica e prática, objetivando atingir significados manifestos e latentes do material qualitativo, optou-se pela técnica da análise temática, a fim de alcançar o objetivo desta investigação.

Entende-se que a análise temática 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 se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, uma frase ou um resumo<sup>(17)</sup>.

Dessa forma, as entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas, interpretadas e analisadas dentro do contexto do SUS, abordando a finalidade do SIAB, suas facilidades e dificuldades na utilização pela ESF.

Realizou-se pré-análise dos dados, com leitura flutuante das entrevistas transcritas, uma a uma, na íntegra e, posteriormente, em conjunto, com a finalidade de buscar o significado das falas através do diálogo com os dados, observando as repetições, os estranhamentos e também abordando as questões a serem respondidas nesta investigação, resultando já na organização do material<sup>(18)</sup>.

"O produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa"<sup>(15)</sup>.

A análise dos dados foi baseada na percepção da ESF em relação ao SIAB como instrumento do processo de trabalho no PSF. Estruturou-se a análise em quatro grandes grupos relativos aos aspectos: SIAB como instrumento do trabalho da ESF, as contradições na utilização do SIAB, as limitações quanto à alimentação dos dados e sugestões para solução dos problemas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização do SIAB como instrumento do trabalho da equipe de saúde da família (ESF) foi útil

na identificação e avaliação das famílias, na construção de indicadores de saúde, na definição de prioridades, na organização do trabalho, na programação local e no direcionamento das visitas domiciliares.

*(...) a ficha A do SIAB é de cadastro familiar (...) endereço, quantas pessoas tem na família, idade, nome completo, se tem alguma doença referida, como diabetes (...) tipo de casa que mora, se tem água encanada, esgoto, energia elétrica, se tem plano de saúde, enfim, todos os dados sobre a família (A).*

*(...) o PSF teria que ser uma transformação do modelo assistencial, e o SIAB poderia ser um instrumento utilizado para isso (E).*

*(...) onde tem SIAB o atendimento é muito melhor pelas informações que a gente tem do paciente (...) (T).*

*(...) mostra dados como de internação: tanta gente internou, o trabalho lá não está sendo bem feito. Fica deixando o povo internar, é porque não está cuidando direito (A).*

*(...) essa ficha me ajuda muito (...) então eu olho e sei o que é prioridade preciso visitar mais vezes (A).*

*(...) preciso do SIAB para organizar o meu trabalho, preciso ver a medicação, as pessoas que lá moram (...) controle de gestante... (A).*

*(...) o SIAB é fundamental porque é um instrumento de trabalho, se eu sair para fazer visitas sem essas fichas para me orientar, fico perdida (...) (A).*

*(...) você pega as fichas e vai para a visita preparada (...) já faz uma visita direcionada (T).*

*(...) o bom do SIAB é que ele traz a oportunidade de você fazer um planejamento local e não nacional (M).*

As falas mostram a importância do SIAB segundo a percepção de todos os membros da equipe quanto à organização do serviço, pois o mesmo traz dados significativos que possibilitam o direcionamento do processo de trabalho da ESF. As ações são definidas, direcionadas e priorizadas segundo as informações contidas nas fichas do SIAB, principalmente na ficha A.

Três informações são necessárias e usadas para o direcionamento das ações de saúde na atenção básica, sendo: distribuição geográfica dos pacientes cadastrados, características daquela população que influenciam a incidência e prevalência de diferentes doenças e características que deveriam ser levadas em consideração na decisão sobre as estratégias de manejo adequadas e os dados da prescrição<sup>(6)</sup>.

Há contradições entre o objetivo do SIAB e a forma como os entrevistados se posicionam sobre ele. Embora o instrumento se caracterize por ser dinâmico na medida em que traz dados e informações atualizadas, diagnosticando a saúde local,

possibilitando intervir e direcionar recursos, atividades e personalizar atendimento apresenta-se, por outro lado, contraditório uma vez que os profissionais consideram-no de difícil interpretação, os agentes comunitários apresentam alta rotatividade no serviço, há baixo envolvimento da equipe, pouca utilização na programação local e desconhecimento da sua finalidade por alguns membros da equipe, principalmente pelo agente comunitário de saúde.

*(...) a facilidade é justamente ser um sistema dinâmico (...) todos os dias o agente chega com coisas novas, com mudanças que podem me mostrar onde está precisando atuar (...) o SIAB é um bom instrumento, mas depende muito do envolvimento da equipe (...) alguns agentes onde a rotatividade é muito grande, acredito que esteja envolvido até o desconhecimento, porque quando ele entra, até entender o que é SIAB, ficar entrosado com o programa (...) (E).*

*(...) a dificuldade de fazer o agente entender como preenche, de que forma, que sendo bem preenchido ajuda a gente (...) (T).*

*(...) dificuldade em saber para que servia aquela ficha, quando que eu tinha que usar (...) (A).*

*(...) utilizo esses dados muito mais para ver o número de consultas (...) qual é a produtividade e a idade média dos pacientes (...) faz tempo que eu não tenho visto, olhado os dados (M).*

*(...) eu sento com os agentes e procuro estar avaliando em que situação se encontra a microárea, e a partir daí a gente realiza um planejamento (...) (E).*

Para a realização da programação local pela ESF é necessário ter um sistema de informação em saúde operante, atualizado, com acesso disponível e de fácil interpretação. O SIAB se propunha a trazer todas essas possibilidades nas fichas que o compõem. Foi construído visando a obtenção e geração de dados, a análise dos mesmos para a produção de informações sobre as condições de saúde, objetivando, como resultado final, a organização do processo de trabalho da ESF e a intervenção nas necessidades de saúde.

Apesar de parcial, a ESF tem percepção da importância do SIAB na programação local, sendo, no entanto, esporádica a sua utilização e o seu envolvimento com o SIAB, principalmente em relação aos agentes comunitários de saúde-ACS, cuja alta rotatividade reflete diretamente no inadequado preenchimento, interpretação e finalidade das fichas, bem como em toda a ESF, nas dificuldades em trabalhar com análise, monitoramento, leitura e avaliação de dados, o que nem sempre resulta em informações para realizações de ações locais.

Mesmo considerando a produção de informações em saúde um importante instrumento de controle social do SUS, a preocupação maior da ESF em relação ao SIAB se concentra no preenchimento das fichas no cotidiano do trabalho e não na análise das informações que ele é capaz de fornecer para a realização da programação local.

As limitações em relação à alimentação e interpretação dos dados identificam que o SIAB é de difícil compreensão pela equipe de saúde da família, gerando dados não confiáveis. Apresenta também uma divisão de faixa etária inadequada para a realização da programação local, além de não contemplar o registro de algumas atividades e doenças.

*(...) talvez o que precisa é facilitar um pouco as fichas, eu ainda acho que é muito complicada... e quanto mais papel você preenche, mais confusão você faz (...) eu acho que tem gente que inventa dados (...). mas eu acho que é muito mais por confusão (...)* (M).

*(...) no preenchimento eu fiquei embarçada (...) muito confusa* (A).

*(...) esposa que tem 23 anos (...) se você põe na faixa etária de 20 a 39 anos, fica parecendo que tem 39 anos (...) não adianta fazer programa de idoso, tem que fazer programa ginecológico, lá só tem gente jovem (...)* (M).

*Como muda sempre de agente, tem sempre dúvidas como preenchê-lo, sempre circula em torno disso* (T).

*(...) dificuldade porque é muito papel (...) me perco em tanto papel* (A).

*(...) tem doenças que as pessoas têm e que não estão nas fichas, ex: HIV (...) e tem outras informações que às vezes são necessárias e que não constam nas fichas* (A).

*(...) O SIAB é discutido quando aparecem dúvidas em relação às fichas, preenchimento* (A).

*(...) o SIAB não é discutido na equipe (...) às vezes a gente comenta alguma coisa, não é sempre, é raro (...)* (A).

*(...) participei de treinamento sobre o SIAB, dengue, DST/AIDS, saúde da mulher e criança* (A).

Existem muitas dúvidas em relação à coleta de dados nas fichas do SIAB. Há dificuldade e confusão no preenchimento e manuseio das fichas, o que torna o processo de informação comprometido e questionável, uma vez que essa etapa é fundamental para a obtenção de informações precisas.

Em relação à qualidade desses dados, nota-se que está diretamente ligada à etapa de coleta e à maneira como os mesmos são disponibilizados.

Observa-se que somente a disponibilização de dados do SIAB para a ESF não é suficiente para sua utilização como informação na programação local.

É necessário que haja investimento tanto na educação permanente, envolvendo toda a ESF, como também nas discussões e interpretações dos dados coletados.

Sugestões coletadas voltaram-se para a intensificação da educação permanente, a diminuição da quantidade de fichas, a revisão nos intervalos das faixas etárias constantes nas fichas, a inclusão de doenças regionais e outras atividades desenvolvidas, a utilização do SIAB para definir necessidades locais e direcionamento de recursos materiais oriundos do MS e a implantação do sistema de informatização.

*(...) o treinamento é muito bom, acho que tinha que ter sempre que entrasse turma nova de agente, porque você tem uma outra visão, principalmente o do SIAB, porque é muita coisa* (A).

*(...) agora tá melhorando bastante com esse treinamento que teve do SIAB (...) é fazer cada um entender para que serve, como preencher e que tem que ser bem feito* (T).

*O bom do SIAB é que ele traz a oportunidade de você fazer um planejamento local (...) o Ministério da Saúde faz o planejamento nacional, vem de cima para baixo, como o kit medicamentos, colocando regiões totalmente diferentes em igualdade (...) o Ministério da Saúde deveria utilizar os dados do SIAB para direcionar recursos (...)* (M).

*(...) o SIAB não contempla minhas necessidades (...) tem algumas coisas que são deficientes, como acompanhar crianças até dois anos (...) não mostra as qualidades do serviço e coisas que a gente faz e não aparece no sistema (...) contempla doenças que não temos na nossa região, como malária e tem outras doenças que ele não contempla e que seriam importantes na nossa região, como HIV, alcoolismo, drogas (...) não tem nenhuma ficha para acompanhar esses casos (...) sinto que ele poderia ser melhorado para nos auxiliar (...)* (E).

*(...) se tivesse um computador aqui ia facilitar muito, porque ia ser um trabalho mais rápido (...)* (A).

A educação permanente bem como a avaliação constante das dificuldades de utilização do SIAB, enquanto instrumento na programação local do trabalho da ESF, são requisitos fundamentais para se alcançar os objetivos e metas propostas pelo PSF. Pela complexidade do PSF, deve-se ter apoio, nas Direções Regionais de Saúde-DIR e nos Pólos de Capacitação de Educação Permanente, para o enfrentamento das dificuldades identificadas na operacionalização do programa e no preenchimento e utilização das fichas que contemplam o sistema. Não basta ter acesso só aos manuais, é preciso investir em capacitação.

A expansão acentuada do PSF como estratégia reorganizadora da atenção básica e a discussão das questões relacionadas à qualificação



das equipes e resolubilidade da atenção básica impulsionam a necessidade de um sistema de informação que contemple a complexidade da organização da atenção e apresente indicadores adequados e oportunos na estruturação e implementação para o acompanhamento e avaliação das ações<sup>(11)</sup>.

Sua elaboração com visão nacional não enfoca as peculiaridades regionais, prejudicando a alimentação de dados importantes para a programação local.

A necessidade de revisão do SIAB objetiva, sobretudo, proceder a algumas adequações de conceitos e faixas de idade, compatíveis com outros sistemas de informação e a resolver problemas operacionais, entre outras<sup>(11)</sup>.

## CONCLUSÃO

Na percepção de alguns membros da equipe,

este estudo possibilitou identificar que o SIAB, no uso cotidiano, não alcançou na íntegra o objetivo de ser um instrumento de reorganização das práticas de trabalho.

Várias limitações do SIAB foram citadas pelos entrevistados. Na opinião das autoras, parte dessa limitação pode ser atribuída à presença incipiente da educação permanente, o que gera desde limitações no envolvimento da equipe até o total desconhecimento pelos profissionais da ESF. Neste estudo, o enfermeiro foi o profissional que mostrou maior envolvimento com o SIAB.

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 atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde boa e vida melhor para 50 milhões. Rev Bras Saúde Família maio de 2002; (edição especial 5).
2. Castro CGJ, Westphal MF. Modelo e atenção. In: Westphal MF, Almeida, ES de, organizadores. Gestão em serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 91-111.
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: MS; 1998.
4. Serrano MM, Lemes MS. Promoção da saúde: um novo paradigma? In: Ministério da Saúde (BR). Textos de promoção da saúde. Brasília: MS; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR). As cartas de promoção da saúde. Brasília: MS; 2002.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Manual para a organização da atenção básica. 2. ed. Brasília: MS; 1999.
8. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de informação da atenção básica-SIAB. 2. ed. Brasília: MS; 2000.
9. Mishima SM, Oliveira TH, Pinto IC. O trabalho do enfermeiro na organização dos serviços de saúde e sua inserção no departamento de informática da SMS-RP. Rev Latino-am Enfermagem 1999; 7(4):13-20.
10. Moraes IHL, Santos, SRRFR. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas Informe Epidemiol SUS 2001 janeiro/março; 10(1):49-56.
11. Ministério da Saúde (BR). Relatório de gestão 1998-2002. Brasília: MS; 2002.
12. Mello MHP, Gotlieb SLD. O sistema de informação de atenção básica como fonte de dados para os sistemas de informação sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. Informe Epidemiol SUS 2001 jan/mar; 10(1):7-18.
13. Secretaria Municipal de Saúde (Franca). Plano Regional de Saúde. Franca: SMS; 2002-2004.
14. Secretaria Municipal de Saúde (Franca). Relatório de gestão. Franca: SMS; 2001.
15. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 16. ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
18. Pinto IC. Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.