

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Saúde Coletiva**

Dábyla Fabriny Batista de Alkmim

**Qualidade do Sistema de Informação da Atenção Básica
(SIAB): uma avaliação em Ceilândia – DF.**

**Brasília
2013**

Dábyla Fabriny Batista de Alkmim

**Qualidade do Sistema de Informação da Atenção Básica
(SIAB): uma avaliação em Ceilândia – DF.**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Saúde Coletiva
da Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília como exigência
parcial para obtenção do título de
bacharel em Saúde Coletiva, sob
orientação do Prof. Adj. Wildo
Navegantes de Araújo.**

**Brasília
16 de dezembro de 2013**

DÁBYLA FABRINY BATISTA DE ALKMIM

Qualidade do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): uma avaliação em Ceilândia – DF.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília - UnB, como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Rackynelly Alves Sarmiento Soares
Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Walter Massa Ramalho
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Adj. Wildo Navegantes de Araújo
Universidade de Brasília – UnB

Agradecimentos

A Deus por ser meu amigo incondicional em todos os momentos da minha vida;

Aos meus pais, Geralda e Jilvan, pelo amor e ensinamentos de cada dia;

À minha família por me proporcionar carinho e alegria;

Aos meus amigos, da Saúde Coletiva e da vida, pelo apoio e motivação que exercem sobre mim;

Ao meu orientador Wildo, pela paciência, disponibilidade, compreensão e conhecimento que me proporcionou no desenvolvimento deste trabalho;

Aos meus professores, por partilharem seus conhecimentos e experiências, creditando a nós, estudantes de Saúde Coletiva, a esperança de consolidar um sistema de saúde melhor;

Aos profissionais da Atenção Básica que podem mais do que tratar, mas ajudar a população na promoção de saúde, em especial àqueles que participaram da pesquisa deste trabalho e promovem saúde junto à população do Sol Nascente na Ceilândia-DF.

"O conhecimento e a informação são os recursos estratégicos para o desenvolvimento de qualquer país. Os portadores desses recursos são as pessoas."

Peter Drucker

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AIH – AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CODEPLAN/DF – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

DATAPREV – EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

MPAS – MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

PACS – PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE

PDAD – PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SI – SISTEMA DE INFORMAÇÃO

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SIA-SUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS

SIH-SUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS

SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

SINASC – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

SIPACS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DA SAÚDE

SIS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

SISAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA ATENÇÃO BÁSICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Esquema dos critérios de avaliação dos atributos de qualidade36
- Figura 2** Fluxo da informação do SIAB no Centro de Saúde nº 0841
- Figura 3** Processo de coleta de dados, segundo descrição dos profissionais.....50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da população adscrita por faixa etária, 2013.....	43
------------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Variáveis do SIAB nos arquivos ADULTO__.DBF e CRIANC__.DBF ...39

Quadro 2 *Checklist* do cumprimento dos objetivos segundo instruções normatizadas do Ministério da Saúde.....54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de famílias e pessoas por microárea, 2013.....	42
Tabela 2	Grupos com quantidade de pessoas por família na área de abrangência, 2013.....	42
Tabela 3	Distribuição de participação em grupos comunitários na área de abrangência, 2013	44
Tabela 4	Distribuição do meio de transporte utilizado pela população da área de abrangência, 2013	45
Tabela 5	Distribuição da cobertura por número de pessoas na família que possuem plano de saúde privado da área de abrangência, 2013	46
Tabela 6	Compleitude das variáveis do arquivo ADULTO13.DBF	48
Tabela 7	Distribuição do percentual de idades segundo PDAD (população do condomínio Por do Sol e Sol Nascente) e SIAB (população de abrangência), 2013.....	51
Tabela 8	Distribuição de variáveis segundo PDAD e SIAB em 2013.....	52
Tabela 9	Distribuição do quantitativo das variáveis por escore da diferença entre os percentuais da PDAD e SIAB	53

Sumário

1. Introdução.....	16
2. Referencial Teórico	19
2.1 Contexto da Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.....	19
2.2 Estratégia saúde da família e o SIAB	21
2.3 Importância da informação no nível local.....	24
2.4 Conceitos Básicos	24
2.5 Contexto dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil.....	26
2.6 Tecnologia da Informação, Informática e Interface com os Sistemas de Informação.....	28
2.7 Sistema de Informação em Saúde, Profissionais da Saúde e Processo de trabalho	29
2.8 Qualidade da Informação em Saúde.....	31
2.9 Avaliação em saúde: uma consideração	32
3. Objetivos	33
4. Materiais e Métodos	34
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Critérios para avaliação dos atributos de qualidade	34
4.3 Critério para a análise das informações do sistema para a organização de ações de saúde da equipe para a população adscrita	36
4.4 Local de estudo.....	37
4.5 População do estudo.....	37
4.6 Coleta de dados	37
4.7 Organização e análise dos dados:.....	38
4.8 Período da pesquisa.....	38
4.9 Descrição dos arquivos do SIAB (Software)	38
4.10 Aspectos éticos	39
5. Resultados	40

5.1	Descrição da equipe de profissionais da saúde e processo de trabalho.....	40
5.2	Características da população adscrita da equipe	41
5.3	Análise dos atributos de Avaliação	46
5.4	Resultados sobre a realização de ações de saúde da equipe para a população adscrita com base nas informações do SIAB.....	54
6	Discussão.....	56
7	Considerações Finais.....	59
8	Referências Bibliográficas	60
9	Anexos.....	65
	Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	65
	Anexo 2 - Questionário sobre o SIAB.....	67
	Anexo 3 - Descrição das variáveis segundo Dicionário de dados do SIAB.....	72
	Anexo 4 - Ficha A	78
	Anexo 5 – Relatório SSA2	80
	Anexo 6 – Fotos da sala de trabalho da equipe de estudo	82
	Anexo 7 - Parecer de aprovação do trabalho pelo comitê de ética.....	84

Resumo

Os Sistemas de Informação (SI) são ferramentas que auxiliam nos diversos setores e instituições sociais para melhora dos processos de informação. As mudanças no contexto da Saúde Pública no Brasil contribuíram para organização e disseminação dos Sistemas de Informação em Saúde pelo país. A Atenção Básica à saúde faz parte da nova forma de organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), e trouxe a necessidade de um sistema de informação que buscasse conhecer a realidade da população em nível local. Esse sistema denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998, como ferramenta de orientação para os profissionais da Atenção Básica (AB). Este trabalho tem como objetivo descrever e avaliar o SIAB em um Centro de Saúde da Ceilândia, bem como observar se as informações do sistema refletem na organização de ações para a população. Foi utilizada a metodologia de avaliação adaptada do *Update Guidelines for Evaluating Disease Surveillance Systems - Guia para Avaliação de Sistemas de Vigilância em Saúde Pública - (CDC, 2001)* foram avaliados os atributos qualitativos (simplicidade, flexibilidade, qualidade dos dados e aceitabilidade) e os atributos quantitativos (representatividade e estabilidade). Também foi avaliada a utilidade do sistema. O SIAB demonstrou-se ser um sistema com grande potencial, sua qualidade geral demonstra poucas fragilidades. O sistema foi considerado simples, relativamente flexível, com boa completitude, bem aceito pelos profissionais, representativo, instável e útil. As ações de saúde ainda são muito frágeis, embora o sistema possibilite o desenvolvimento de planejamento para a equipe, os dados não são explorados de maneira a refletir na elaboração de ações constantes.

Palavras-Chaves: Sistemas de Informação em Saúde, Atenção Primária em Saúde, Gestão da Informação em Saúde, Avaliação em saúde.

Abstract

Information Systems (IS) are tools that assist in the various sectors and social institutions to improve the processes of information. Changes in the context of Public Health in Brazil contributed to the organization and dissemination of Health Information Systems across the country. The Primary Health Care is part of the new way of organizing the Unified Health System (UHS), and brought the need for an information system to seek to know the reality of the population at the local level. This system called the Primary Care Information System (PCIS) was established in 1998 as a guidance tool for professionals in Primary Care (PC). This paper aims to describe and evaluate the PCIS in a Health Centre Ceilândia and see if the information system in organizing actions reflect the population. The assessment methodology adapted from the Update Guidelines for Evaluating Disease Surveillance Systems (CDC, 2001) the qualitative attributes (simplicity, flexibility, data quality and acceptability) and quantitative attributes (representativeness and stability) were evaluated was used. The usefulness of the system was also evaluated. The PCIS proved to be a system with great potential, its overall quality shows few weaknesses. The system was considered simple, relatively flexible, with good completeness and accepted by professionals, representative, stable and useful. Health actions are still very fragile, although the system enabling the development of planning for staff, data is not exploited to reflect the actions contained in the preparation.

Keywords: Health Information Systems, Primary Health Care, Health Information Management, Health Evaluation.

1. Introdução

A implantação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil pode ser considerada recente e vem se expandindo com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Rosario, 2010).

A evolução tecnológica tem proporcionado mudanças em todo o mundo, e consequentemente nos campos de conhecimento do ser humano (Guimarães e Évora, 2004). Tal evolução trouxe um novo dimensionamento de tempo em relação às atividades desenvolvidas e resultados obtidos implicando em formas de disseminação da informação mais rapidamente, auxiliando os profissionais no processo de trabalho (Benito e Licheski, 2009).

Os Sistemas de Informação evoluem de maneira muito rápida e trazem à lógica do serviço grande dinamicidade (Brasil, 2009a). Tais ferramentas possuem grande potencial no uso para o planejamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde (Baldijão, 1992).

Os profissionais nem sempre são tão receptivos a inserção dessas ferramentas de auxílio no processo de trabalho, e os fatores são os mais diversos possíveis, um exemplo é a falta de treinamento adequado. Todavia, a notada relevância do uso da tecnologia para tomada de decisões poderá permitir que profissionais mudem suas perspectivas em relação aos SIS (Benito e Licheski, 2009).

Marin (2010, p.21) traz a seguinte definição para os SIS: “um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde”. Com base nesta conceituação notamos que os SIS dependem de diversos aspectos que se comprometidos irão refletir na função e utilização dessa ferramenta dentro da atual lógica do sistema de saúde prejudicando o objetivo dos sistemas de gerar um bom diagnóstico da situação populacional (Benito e Licheski, 2009).

Muitos são os SIS atualmente, alguns possuem grande especificidade enquanto outros contemplam aspectos mais gerais em sua estrutura. Barbosa (2006) cita seis principais SIS do Brasil ligados ao Ministério da Saúde, são eles: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

(SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Embora seja grande o número de SIS no Brasil e tenham se consolidado nos últimos anos, há a necessidade contínua de avaliações desses sistemas que permitam aos gestores tanto em nível local, regional ou nacional tomar decisões de forma que as ações reflitam sobre a realidade da população.

O SIAB, que é o objeto de estudo deste trabalho, é dentre os sistemas citados o mais recente. Segundo o portal do Ministério da Saúde este sistema foi implantado em 1998 em substituição o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) para acompanhar as ações e resultados das equipes do Programa Saúde da Família – PSF. O Programa Saúde da Família, hoje uma estratégia de Estado, preocupa-se em proporcionar a toda população saúde integral, pautando-se em preceitos constitucionais que norteiam a estruturação do SUS (Brasil, 2012).

A Saúde Coletiva enquanto campo multidisciplinar traz no desenho da grade curricular áreas do conhecimento como planejamento e gestão, avaliação em saúde, vigilância epidemiológica proporcionando uma visão diferenciada ao futuro sanitarista frente aos problemas de saúde em relação a outros profissionais (Bosi e Paim, 2010). Busca-se para tanto observar questões sob a ótica quali-quantitativa, pensando na estrutura, processo e resultados para que as conclusões e tomadas de decisões possam estar mais próximas da realidade.

Conhecer o nível de saúde ou a situação de saúde da população é básico para que se possa estruturar um sistema de saúde alinhado às necessidades da população, uma das ferramentas que permitem maior celeridade a esse processo são os Sistemas de Informação em Saúde. As problemáticas que envolvem o desenvolvimento dos SIS vão desde a escolha das prioridades que serão atendidas pelos sistemas a avaliá-los. (Jorge, Laurenti e Gotlieb, 2010).

A partir de uma vivência realizada durante o Estágio Curricular, nomeado “Estágio em Saúde Coletiva I” no Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia, onde houve contato com uma equipe de Saúde da Família foi possível fazer visitas à região adscrita dessa equipe, observações à coleta de dados realizada pelos agentes comunitários, bem como a inclusão dos dados no SIAB, participação em reuniões de fechamento do mês e

conversas informais com a própria equipe. A partir de então várias inquietações surgiram em relação ao Sistema de Informação da Atenção Básica: Como é o processo de coleta de dados? Quem são os responsáveis pela coleta? Quais as dificuldades encontradas nessa coleta? Qual é a qualidade dos dados atualmente? Qual a utilização dos dados disponíveis no SIAB? Qual a influência do sistema e das informações geradas sobre as ações desenvolvidas pela equipe? Essas questões me trouxeram a temática de avaliação da qualidade da informação do SIAB e o reflexo das informações geradas para a organização da equipe nos serviços prestados e na construção de ações para a população.

Considerando que não é suficiente apenas obter a informação através do sistema, mas é crucial que essa informação seja de qualidade e que reflita nas condições de saúde da população, faz-se necessária a avaliação dos sistemas de informação para maior proximidade com a realidade.

2. Referencial Teórico

2.1 Contexto da Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Embora a difusão da noção de Atenção Primária tenha acontecido por volta de 1920, com o relatório Dawson, somente na década de 60 com a crise da expansão dos serviços especializados houve movimentação em favor da medicina comunitária nos Estados Unidos (Conill, 2008).

A partir da década de 70, com o conceito de Atenção Básica difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata - houve a possibilidade da disseminação de ideias que culminariam em processos de reforma em países com o modelo de prestação de serviços de modos diversos. A OMS reconhecia as grandes disparidades sociais e econômicas que existiam dentro dos países, assim os serviços de saúde deveriam ter um menor custo para que a população socialmente excluída tivesse o direito ao acesso à saúde, a OMS então apontava para um caminho de fortalecimento dos serviços básicos da população, no atendimento aos problemas que mais afetavam os pobres (Conill, 2008; Ribeiro, 2007).

A Atenção Básica à Saúde possui diversas conceituações, mas exporemos aqui a definição segundo a Declaração de Alma-Ata de 1978:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Declaração de Alma-Ata, 1978).

A implantação da Atenção Primária a Saúde, no Brasil, ocorreu a partir do processo de reorganização do sistema de saúde, que teve início com as Ações Integradas

de Saúde e com o movimento da Reforma Sanitária, com maior evidência em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (Figueiredo et al., 2010; Freitas e Pinto, 2005). Cabe ressaltar que embora a Atenção Primária seja eixo estratégico do SUS, este tem suas origens “a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX” (Brasil, 2006, p.23).

O histórico de construção do SUS é marcado pela própria história política do país e possui características como: transformação da base econômica, com o fortalecimento da industrialização; política de caráter assistencial; assistência médico-previdenciária e limitação da participação popular (classes subalternas) a partir de 1964 (Silva, 1983). Com a configuração desse contexto iniciou-se as ações voltadas para os pobres que promoveram a expansão dos serviços ambulatoriais pelo país (Conill, 2008), mais tarde o termo Atenção Primária à Saúde passou a ser Atenção Básica à Saúde, pois aquele carregava uma concepção seletiva (Giovanella et al., 2009). A partir de 1996 houve uma impulsão a descentralização dos serviços com ações com as Normas Operacionais Básicas, mas isso não acontecia apenas para a reorganização do modelo assistencial, mas também para que os municípios conseguissem repasses financeiros advindos da União. Com o reconhecimento da crise do modelo assistencial no início da década de 90 pelo Ministério da Saúde (MS), foi criada em 1994 uma estratégia denominada à época de Programa Saúde da Família (PSF) através do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) que traz o fazer inovador com base nos atributos da Atenção Básica: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência ou integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (Starfield, 2002; Almeida e Macinko, 2006 apud Giovanella e Mendonça, 2008).

A Estratégia Saúde da Família - expressão concreta de Atenção Básica no Brasil - é considerada como estruturante para a consolidação do SUS, pois em sua concepção a pretende fazer com que a população procure esta como primeiro nível de atenção, sendo conhecida como “porta preferencial de entrada ao sistema”. Possui ainda visão ampliada preocupando-se com questões sociais e territorialização que pretendem romper com a noção biomédica (Brasil, 2009b; Freitas e Pinto, 2005; Brasil, 2001 apud Barbosa 2006).

Freitas e Pinto (2005) trazem uma conceituação sobre o PSF/ESF:

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. (Freitas e Pinto, 2005, p.548).

A AB é norteada pelas diretrizes do SUS, está contemplada na Política Nacional de Atenção Básica considerada como “reorganizadora da atenção básica no País” sob os fundamentos e diretrizes de: território adstrito, acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, adscrição de usuários, coordenação da integralidade e participação dos usuários (Brasil, 2012). Para que alcance os objetivos desenhados, a estratégia conta com uma configuração de profissionais que estruturam a AB:

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 e sua implantação gera alterações em todos os níveis do sistema (Freitas e Pinto, 2005, p. 548).

Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (Brasil, 2009b, p.20).

Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar a 12. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2009b, p.20).

2.2 Estratégia saúde da família e o SIAB

A inserção e expansão da ESF trouxe a necessidade da sistematização da coleta de dados da população com a criação de um sistema de informação que contemplasse as

necessidades do trabalho realizado (Marcolino e Scochi, 2010). O SIAB é uma ferramenta de auxílio ao PSF e sua gestão, foi implantado em 1998 pelo MS, sendo útil no monitoramento e avaliação das ações e serviços (Freitas e Pinto, 2005); para o conhecimento socio-sanitário da população, organização da equipe baseando-se na demanda, elaboração de ações; entre outras utilidades.

Esse [o SIAB] 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. 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. (Freitas e Pinto, 2005, p. 549).

Além da função de agregador das informações referentes às famílias o SIAB também possui a ideia de fiscalizador do desenvolvimento das ações do ESF cadastradas no MS, onde devem informar mensalmente a produção das ações realizadas no município (Rigobello, 2006).

Muitas são as potencialidades do SIAB, uma vez que se encontra em lócus privilegiado, sendo alimentado de dados primários, o que se bem trabalhado pode garantir maior reflexo das ações sobre a população.

Nas atribuições comuns a todos os profissionais da Equipe de Atenção Básica, na Política Nacional da Atenção Básica, temos no item II:

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (Brasil, 2012).

Para o auxílio na coleta de dados o SIAB foram desenvolvidas fichas para a coleta de dados em papel que representa a forma manual, enquanto a maneira informatizada representa a inserção dos dados no sistema. O SIAB possui o seguinte desenho, segundo Freitas e Pinto (2005):

É um sistema de informação que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangências definidas. 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. Todos os membros que compõem essa equipe manuseiam as fichas do SIAB (Freitas e Pinto, 2005, p. 549).

Segundo Brasil (2003, p.8) o sistema conta com os seguintes instrumentos de coleta de dados e instrumentos de consolidação, a saber:

São instrumentos de coleta:

- 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;
- acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança);
- registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D.

São instrumentos de consolidação dos dados:

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

2.3 Importância da informação no nível local

O SUS possui diretrizes essenciais ao seu funcionamento, entre eles o Art. 198 da CF/88 traz no inciso I, a descentralização, compondo um fluxo de informação, que normalmente, pode ser visualizado do município passando pelo estado chegando ao nível federal dentro da lógica do SUS. Assim os municípios possuem papel de autonomia, dentro da legislação vigente, para planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região (Branco, 1996).

Tradicionalmente os municípios se ocuparam com a coleta dos dados para envio a esferas superiores de governo. Haja vista a necessidade e importância da informação a nível federal devemos considerar que o nível local também necessita que haja significância além da econômica para essa informação. Silva e Laprega (2005, p.1821) trazem essa concepção: “(...) os municípios passaram a ser também responsáveis pela produção, organização e coordenação das informações em saúde, devendo deixar de lado o mero papel de coletor e repassador de dados”. Nesse sentido se revela que a informação de base local permite a alimentação das bases de dados em níveis superiores permitindo que a representatividade seja a melhor possível.

2.4 Conceitos Básicos

2.3.1 Definição de Sistema:

A literatura traz inúmeras definições de sistemas, que ganham especificidade dependendo da área a qual se envolve, de forma geral pode ser entendido segundo Brasil (2009c, p.67), como um “conjunto integrado de partes que se articulam, para uma finalidade comum”.

Ao se pensar em sistema devemos considerar que um sistema pode sofrer influências externas, assim este não é necessariamente fechado.

2.3.2 Definição de Sistema de Informação em Saúde:

Ferreira (1998) faz a combinação entre os conceitos para Sistema de Informação em Saúde da OMS e OPAS, chegando ao enunciado:

Um SIS é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde. (Ferreira, 1998, p.7).

2.3.3 Definição de dados:

Segundo Ferreira (1998):

Os dados são a base para gerarmos informações. Os dados que escolhemos e o modo como os combinamos refletem o referencial explicativo (os pressupostos, os valores etc.) que orienta a nossa visão de mundo, ou seja, o nosso “modo de ver” ou de conhecer uma determinada situação (Ferreira, 1998, p.3).

2.3.4 Definição de Informação

Para Ferreira (1998):

A informação é o produto obtido a partir de uma determinada combinação de dados, da avaliação e do juízo que fazemos sobre determinada situação. É um importante recurso para subsidiar o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desencadeadas (Ferreira, 1998, p.4).

2.3.5 Definição de Situação de Saúde

Segundo Ferreira (1998):

Situação de saúde é o conhecimento, a interpretação que um ator social produz para agir e transformar a qualidade da vida da população de um determinado território. Território este historicamente produzido e em permanente processo de transformação (Ferreira, 1998, p.5).

2.3.6 Definição de Território

Considerando Ferreira (1998):

O território pertence a uma dada sociedade de um dado local que articula as forças sociais de uma determinada maneira. O território nunca está pronto; mas sim, em constante transformação (Donato, 1997 apud Ferreira, 1998, p.5).

2.3.7 Definição de Família

Segundo Brasil (1988) apud Brasil (2003, p.6) “é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem

na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados”.

2.3.8 Definição de Microárea

Segundo Brasil (2003, p.6) “é o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS)”.

2.3.9 Definição de Área

Segundo Brasil (2003, p.6) “é o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde”.

2.5 Contexto dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil

A criação do primeiro SIS no Brasil ocorreu em 1975 com a publicação da Lei 6.229, de 17 de julho (Jorge, Laurenti e Gotlieb, 2010) e com as necessidades de saúde emergentes bem como a constituição de um Sistema Único de Saúde à federação enunciada na Constituição de 88 e regulamentadas na lei 8.080/90 e 8.142/90 demandaram do SUS à criação de outros SIS, principalmente a partir de 1996 com vistas a melhoria da gestão (Peterlini e Zagonel, 2006).

Historicamente alguns Sistemas de Informação em Saúde possuíam características gerenciais (tal como o SIAB) e tinham como finalidade o controle de contas dos serviços de saúde contratados. Em 1974 foi criado a DATAPREV vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) como tentativa de padronização dos dados, em 1983 foi introduzida a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que propiciou informações sobre morbidade hospitalar a nível nacional (Baldijão, 1992).

O Ministério da Saúde foi criado em 1953 e a proposta da criação de um Sistema Nacional de Saúde data de 1969, sendo que em 1971 foi criado o Núcleo de Informática desse Ministério. Em 1980 foi apresentada proposta formal na VII Conferência Nacional de Saúde para constituição de um Sistema Nacional de Informação em Saúde, mas a proposta não foi bem aceita continuando parte das informações sobre a produção

de serviços no INAMPS, enquanto o MS produzia, basicamente, informações de cunho epidemiológico. O desenvolvimento social e econômico do país trouxeram novas problemáticas para o governo, bem como para o setor saúde culminando na Constituição de 1988 que estabeleceu o SUS, com isso foi criado o DATASUS “com o objetivo de substituir o DATAPREV”, assim aquele passou “ a ser responsável pelas informações epidemiológicas e sobre serviços padronizados”. (Baldijão, 1992, p.27)

A história dos SIS no Brasil mostra um retrospecto de fragmentação, onde o MS como ente federal deve-se ocupar em estabelecer padrões nacionais, mas que nos últimos anos embora tenha-se avançado com relação aos SIS muito deve ser feito em busca da qualidade e segurança da informação.

Na publicação de Brasil (2011b) podemos notar a fragilidade desses sistemas:

Embora as bases de dados por eles conformadas cubram a maior parte das informações necessárias ao planejamento e à avaliação de ações e serviços de saúde, a lógica em que foram desenvolvidas fez que, até os dias de hoje, continuem a ser usadas predominantemente de forma “compartimentalizada” (Brasil, 2011b, p.170).

O MPAS/Inamps organizou suas informações de forma centralizada enquanto o MS fez sua organização segundo uma racionalidade campanhista, com “programas verticalizados”, desse modo pode-se observar ainda diferenças institucionais resultantes da época de concepção (Moraes, 1994 apud Brasil, 2011b).

Como representação desse panorama Moraes (2001) e Tasca et al. (1995) apud Silva e Laprega (2005, p.1822) trazem um retrospecto das principais características dos SIS no Brasil:

- (a) centralizados/verticalizados/fragmentados – os dados obedecem ao fluxo municípios-estados-federação, ou seja, sempre na direção do nível local para o central, são fragmentados, pertencendo aos vários feudos técnicos da saúde e sofrem processamento fundamentalmente no nível central;
- (b) exclusão do nível local (municípios) no processo de decisão e planejamento em saúde;
- (c) ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos;

(d) ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, não permitindo a construção do perfil de saúde da população; (e) incompatibilidade entre os diversos sistemas de informação utilizados;

(f) falta/deficiência de infraestrutura de informática nos municípios, o que dificulta ou até mesmo inviabiliza a coleta adequada e o processamento dos dados;

(g) ter como base dos dados apenas a população assistida, o que contribui para a produção de informações não compatíveis com a realidade local;

(h) ausência da participação popular na geração e uso das informações.

Os modelos de sistema de informação influenciam e são influenciados pelo contexto da saúde (Freitas e Pinto, 2005). Desta maneira observamos contínua adequação dos sistemas de informação para que atendam aos objetivos colocados em sua criação, mas espera-se que estes também possuam boa capacidade de adaptação uma vez que a realidade é dinâmica e possivelmente o SIAB é um dos sistemas que, por sua localidade, permite respostas mais oportunas e eficientes.

2.6 Tecnologia da Informação, Informática e Interface com os Sistemas de Informação

Pensar em informação é pensar em tudo que foi e é construído pelo ser humano. Historicamente as informações começaram a ser sistematizadas a partir de códigos simbólicos que representavam uma parte da realidade. Com o desenvolver da humanidade houve evolução na forma da informação ser guardada e começou-se a fazer uso através do acúmulo que a humanidade teve em sua história. Na saúde, segundo Moreno, Coeli e Munck (2008), a partir do século XIX com a necessidade de comunicação de questões de saúde é que se tem impulso para disseminar as informações produzidas. A epidemiologia tem papel relevante uma vez que produz informação em saúde, e já com John Snow observamos a riqueza das informações, tais como em mapas ou estatísticas.

A tecnologia está mais envolvida com a técnica, ou seja, com a forma de se alterar o mundo do que compreendê-lo. Também pode ser analisada ao longo do tempo e/ou como acúmulo da humanidade. Veraszto et al. (2008) trazem um retrospecto da história da tecnologia que nos leva a construção de um pensamento de como a tecnologia foi se inserindo na humanidade, e levando o ser humano a evolução, podendo analisar essa construção sob uma óptica recíproca.

Atrelada a ideia de tecnologia e informação podemos destacar o exponencial desenvolvimento das ciências da computação no século XX que tem proporcionado ganhos sociais nas diversas esferas da atividade humana.

O transcorrer histórico fez com que a produção tecnológica se torna algo inerente ao homem e mesmo uma necessidade. Dessa forma a uma união entre a saúde e a tecnologia da informação que simplifica as operações do setor propiciando grandes vantagens em condições ideais. Segundo definição do livro de Brasil (2011b, p. 112) a TI “é entendida como o conjunto de recursos empregados na coleta, armazenamento, processamento e distribuição da informação, abrangendo ainda os métodos, técnicas e ferramentas para o planejamento, desenvolvimento e suporte dos processos de utilização da informação”. Cabe ainda, para maior esclarecimento a diferenciação entre Tecnologia da Informação (envolve aspectos técnicos) e Sistemas de Informação (envolve questões relativas ao fluxo de trabalho, pessoa e informação) (Brasil, 2011b).

Segundo Carvalho (1998) apud Pinto (1999) a palavra sistema ganhou maior expressão quando ligada a informática, mas devemos ter em mente que não se limita a este campo. Sistema pode ser entendido “como um conjunto de partes que se relacionam, cujos objetivos fazem com que o arranjo das partes não ocorra ao acaso” (Guimarães e Évora, 2004, p.73). Já com relação a sistema de informação podemos entender as “partes” como elementos ligados a coleta, armazenamento e processamento de dados e a difusão da informação (Coeli et al., 2009).

2.7 Sistema de Informação em Saúde, Profissionais da Saúde e Processo de trabalho

A reorganização do sistema de saúde trouxe muitas novidades e tem demandado da gestão maior capacitação, uma vez que os problemas de saúde do país pedem um olhar diferenciado e também agregador de componentes, às vezes, tão esparsos geográfica e conceitualmente no SUS (Medeiros et al., 2005). Como parte desse transcorrer histórico a inserção de novas tecnologias e sistemas de informação ao SUS tem gerado inúmeros avanços, todavia é reconhecido que o processo de inclusão de tecnologias, nem sempre são acompanhadas de ações preparatórias aos profissionais. Essa situação quando observada a partir do processo de trabalho indica um fator estressante aumentando os fatores negativos das cargas de trabalho (Scherer, 2006).

A Política Nacional da Atenção Básica, de 2012, traça as características desejadas para o processo de trabalho nas UBS e das equipes, cabe destacar algumas, tais como: programação e implementação de ações baseadas nas necessidades da população, desenvolver ações com prioridade a grupos de risco. Essas características podem ser bem trabalhadas e potencializadas com auxílio de informações confiáveis e o mais fidedigna possível.

As atribuições comuns aos membros das equipes de atenção básica são vastas, segundo Brasil (2012):

- Participar da territorialização e mapeamento da área, identificando grupos, família e indivíduos com exposição a risco e vulnerabilidades;
- Manter atualizado no sistema de informação indicado pelo gestor o cadastro das famílias e indivíduos, utilizando os dados para a análise da situação de saúde.
- Realizar ações com base nas necessidades de saúde da população, bem como as previstas em protocolos da gestão local.
- Realizar reuniões de equipe para discussão da situação de saúde da população, a partir da utilização dos dados disponíveis.
- Garantir a qualidade dos registros nos sistemas de informação na atenção básica.

Outro aspecto de grande relevância ao se falar no processo de trabalho em saúde na inserção das tecnologias de informação, com ênfase a estrutura, observamos a grande depreciação do ambiente do trabalho com falta de espaço físico, falta dos instrumentos de trabalho e a própria conectividade.

Muitos profissionais de saúde não recebem treinamento para o uso de novas tecnologias e são obrigados a fazer o trabalho. Com base nesse acontecimento a qualidade da informação pode ficar fragilizada, pois o profissional pode vir a ser induzido a usar o sistema de maneira equivocada ou mesmo não coletar informações por não entender o comando ou a relevância de tal variável.

Com relação ao SIAB o que se observa na literatura, é o reconhecimento dos profissionais desse instrumento de trabalho como organizador e orientador do trabalho. Segundo Freitas e Pinto (2005) o SIAB traz dados significativos que possibilitam o

processo de trabalho. Porém os profissionais consideram esse sistema de difícil interpretação, com pouca utilização da informação na programação local. O mesmo trabalho relata ainda que os profissionais se concentram mais no preenchimento dos dados necessários do que na análise da informação gerada.

2.8 Qualidade da Informação em Saúde

As avaliações de Sistemas de Informação não tem sido uniformes, ou seja, de forma geral cada pesquisador adapta uma metodologia para avaliar determinado sistema, isto vem comprometendo a comparação entre os estudos feitos. A padronização das dimensões de qualidade, dos métodos para a coleta de dados e de indicadores dos resultados possibilita uma melhor análise da qualidade das informações sobre a situação de saúde em comparações e demonstra a relevância de dados bem estruturados para avanços na saúde populacional (Lima, Scharamm e Coeli, 2010).

As informações de baixa qualidade podem comprometer a estrutura do sistema de saúde ao qual fazem parte. Segundo Lima et al. (2009) o conceito de qualidade é multifacetado, e dessa forma nos inspiramos nas considerações de Calazans (2008) que diz que “a qualidade existe, principalmente, aos olhos do consumidor, está baseada em sua própria percepção, e no atendimento e satisfação de suas necessidades...”. Assim a qualidade está em atender as necessidades, no nosso caso, do usuário, mas é importante salientarmos que essa qualidade deve passar por métodos que busca avaliá-la.

Buscando um conceito de qualidade da informação aplicado aos Sistemas de Informação, temos segundo Moraes (2001, p.52): “A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação”.

Os dados captados e as informações geradas nos sistemas não são suficientes para garantir a melhoria do sistema de saúde, mas considerando que as informações são de qualidade, estão disponíveis em tempo oportuno e subsidiam a tomada de decisão implicam na saúde coletiva em qualquer de suas esferas, assim como apontam Jorge, Laurenti e Gotlieb (2010):

As informações obtidas a partir dos dados produzidos pelos diferentes sistemas não constituem um fim em si mesmas, mas representam uma maneira de subsidiar melhores decisões para políticas, planejamento,

administração, monitoramento e avaliação de programas de saúde, além de, obviamente, servirem para a análise e avaliação epidemiológicas (Jorge, Laurenti e Gotlieb, 2010, p.8).

2.9 Avaliação em saúde: uma consideração

Avaliar é uma característica muito antiga do ser humano, tal prática consiste no julgamento de valor sobre algo, no caso da saúde, a avaliação esse julgamento de valor recai sobre uma intervenção ou um dos seus componentes, para a melhoria em elementos da intervenção, em sua totalidade, ou menos a extinção dessa intervenção, em palavras mais certeiras, a avaliação auxilia na tomada de decisão embasada. É importante destacar que uma avaliação torna-se mais completa e complexa quanto leva-se em consideração os diferentes atores envolvidos (Hartz, 2008).

Para a presente avaliação consideramos os legados de Donabedian (1980) apud Malik e Schiesari (1998, p.24) de ESTRUTURA (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica) – PROCESSO (atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos) – RESULTADOS (produto final da assistência prestada), como um sistema complexo e articulado que levasse a uma avaliação mais consistente, embora a metodologia seja específica para o escopo do trabalho. No mais, não poderíamos deixar de citar tal autor que permite ao campo de Saúde Coletiva um aparato tão amplo como ela pretende ser.

Por conseguinte, trazemos a seguinte ideia de Contandriopoulos et al. (1997) “O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados”, isso demonstra que embora o avaliador tenha medidas padrões para o estudo de seus objetos, ele terá que saber contextualizar e flexibilizar tais métodos à realidade do estudo.

3. Objetivos

Geral

O objetivo geral deste trabalho é descrever e avaliar o SIAB nos atributos quantitativos e qualitativos, junto a uma equipe de saúde da família, no Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia – DF.

Específicos

E por objetivos específicos têm-se: avaliar os atributos quantitativos e qualitativos do SIAB e observar se as informações do sistema refletem na organização de ações de saúde da equipe para a população adscrita.

4. Materiais e Métodos

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma avaliação do Sistema de Informação da Atenção Básica seguindo a metodologia adaptada do “*Update Guidelines for Evaluating Disease Surveillance Systems*” (CDC, 2001), onde foram avaliados os atributos qualitativos (simplicidade, flexibilidade, qualidade dos dados e aceitabilidade) e atributos quantitativos (representatividade e estabilidade). E ainda foi avaliada a utilidade do sistema, no entanto os custos do sistema não foram avaliados.

Para alcançar os objetivos propostos foram realizadas três etapas: (i) Análise do banco de dados do SIAB do centro de Saúde 08 da região administrativa de Ceilândia; (ii) foram coletados dados individuais dos profissionais de saúde que utilizam o SIAB, com o auxílio de um formulário semiestruturado (Anexo – 2) e autoaplicado; (iii) foi realizada a observação, no local de trabalho, dos profissionais da equipe de saúde da família em visitas que variaram de duas a três vezes por mês, entre os meses de maio a outubro de 2013.

4.2 Critérios para avaliação dos atributos de qualidade

A simplicidade diz respeito à estrutura do sistema e à facilidade de operação (Souza et al., 2010; CDC, 2001), dessa forma para esse atributo foram analisados a clareza metodológica do manual, número de instrumentos de coleta (fichas), número de variáveis disponíveis em cada instrumento, tempo gasto na coleta dos dados, número de pessoas informantes.

A flexibilidade de um sistema deve refletir a habilidade do sistema à adaptação frente a mudanças, esse atributo foi avaliado com base nas respostas dos profissionais ao questionário para analisar se houve alguma atualização das fichas ou software no período do estudo, bem como a necessidade de adaptação do sistema frente às necessidades da população.

A qualidade dos dados reflete a completude e a validade dos dados do sistema, essa foi avaliada através do banco de dados do sistema, analisando-se a completude das variáveis referentes à ficha A - composta por espaços para a coleta dos dados sócio-demográficos e da situação preliminar de saúde da família cadastrada pelo agente comunitário de saúde - no software, o qual é composto pelos arquivos ADULTO.DBF e

CRIANC.DBF. Foram adotados, adaptado de Romero e Cunha (2006), escores que representam a completitude das variáveis, a saber: maior que 95% (excelente), >90% a 95% (bom), de >80% a 90% (regular), >50% a 80% (ruim) e menor ou igual a 50% (muito ruim).

A aceitabilidade é a disposição favorável dos profissionais em fazerem parte do sistema, contudo foi adotado a atualização dos dados do sistema mensalmente como método para aceitação do sistema, sendo assim esperava-se que as informações fossem consistentes e regulares. Assim foi avaliada, considerando as percepções dos profissionais para cada questionamento, com base na quantidade de fichas para preenchimento, no intervalo de tempo entre uma visita e outra do agente comunitário de saúde à família na comunidade, como se dava o processo de coleta dos dados, e disposição para debater os dados coletados.

A representatividade descreve com precisão a ocorrência de um evento ao longo do tempo e sua distribuição por pessoa, tempo e lugar. Foi avaliada com base na confrontação das informações do SIAB com as informações obtidas da “Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios PDAD – 2013, Pôr-do-Sol e Sol Nascente” (CODEPLAN/DF).

A Estabilidade se refere à confiança e disponibilidade do sistema. Esta foi avaliada pelo seguinte critério: número de vezes que o sistema ficou inoperante no ano da pesquisa.

A Utilidade reflete se o sistema atinge aos objetivos a que ele se propõe, dessa forma foram identificados alguns objetivos nos manuais do SIAB e usados como parâmetros, na avaliação em forma de *checklist*, quanto à adequação do sistema. Para tal, foram considerados três padrões para avaliação como objetivo atingido: Sim, Parcialmente e Não. Para a resposta “Sim”, consideramos que o objetivo era cumprido de 90% a 100%; para “Parcialmente” consideramos resultados maiores a 0% até 90% e “Não” para valores iguais a 0%. Vale ressaltar que este atributo foi avaliado considerando as observações feitas no local da pesquisa e respostas ao questionário, trazendo uma abordagem subjetiva.

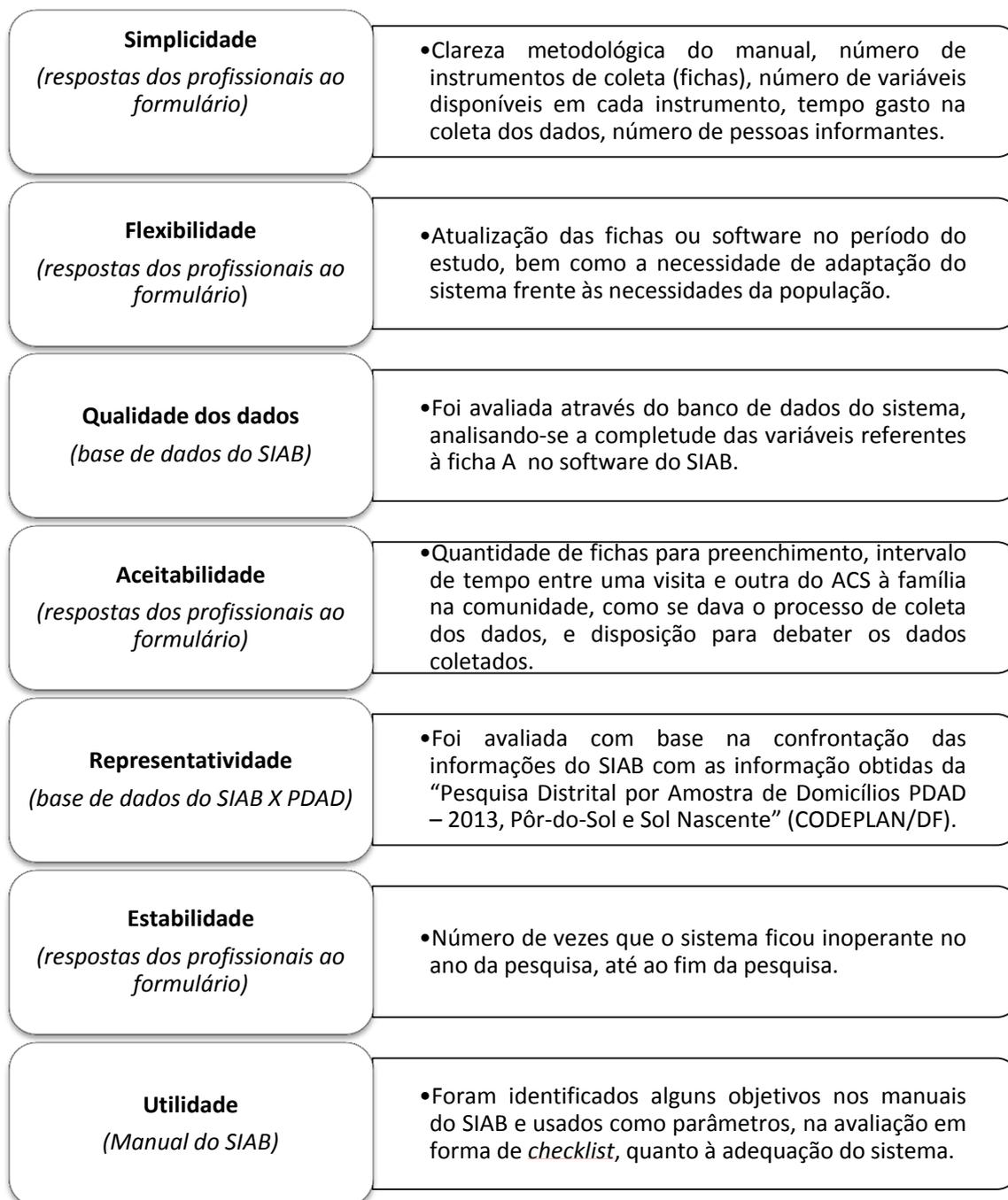


Figura 1 – Esquema dos critérios de avaliação dos atributos de qualidade.

4.3 Critério para a análise das informações do sistema para a organização de ações de saúde da equipe para a população adscrita

Para a análise sobre a realização de ações de saúde da equipe para a população, foram consideradas as respostas dos profissionais ao questionário, considerando ainda as observações no local do estudo.

4.4 Local de estudo

Este estudo foi realizado com uma equipe de Saúde da Família vinculada ao Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia-DF, localizada na região do P norte, próxima a sua área de abrangência (Condomínio Sol Nascente).

A Ceilândia possui uma área urbana de 29,10 km² e está subdividida em diversos setores, entre eles os condomínios Pôr do Sol e Sol Nascente, que estão sendo legalizados. A população urbana da Ceilândia foi estimada, no ano de 2013, em 449.592 habitantes, sendo o número de domicílios urbanos estimado em 126.765. Com relação ao Pôr do Sol e Sol Nascente o número de domicílios urbanos estimados é de 20.686 com população urbana estimada em 78.912 habitantes. (CODEPLAN/DF, 2013a;b)

4.5 População do estudo

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em consulta realizada em 02 de setembro de 2013, a Estratégia Saúde da Família contava com 12 equipes na Região Administrativa de estudo e possuía 62 agentes de saúde.

Participaram da pesquisa seis dos 10 profissionais da equipe, sendo cinco ACS e um enfermeiro, por serem profissionais que estavam diretamente envolvidos na coleta, inclusão e gestão dos dados nesta unidade.

4.6 Coleta de dados

Como instrumento de coleta foi utilizado um formulário, padronizado, não-nominal e semiestruturado, auto-aplicado com perguntas que propiciassem medir a qualidade que eles propunham para o SIAB, além de capturar informação sobre a utilização da informação para a realização de ações junto à comunidade (Anexo 2).

A base de dados do SIAB v. 6.6.1 foi disponibilizada pelos profissionais da equipe, e teve como último período de competência o mês de julho de 2013.

4.7 Organização e análise dos dados:

Os dados coletados foram compilados em única base de dados criada no software Epi_info 3.5.4. Os dados analisados foram apresentados em medidas sumárias como proporções, medida de tendência central e dispersão. Também foi utilizado o Excel 2010.

4.8 Período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de 18/04/2013 a 31/10/2013. Onde os dados do software do SIAB referem-se ao mês 07/2013.

4.9 Descrição dos arquivos do SIAB (Software)

O SIAB, enquanto software, é composto por três arquivos que formam o módulo principal, ou seja, guardam as informações do cadastramento familiar, referente a ficha A, a saber¹:

- ADULTO.DBF: diz respeito as informações das pessoas maiores de 14 anos;
- CRIANC.DBF: corresponde as informações das pessoas com menos de 15 anos;
- SANMUN.DBF: possui informações da situação da moradia, saneamento e outras informações da família.

Após o nome dos arquivos há dois caracteres que correspondem ao ano do arquivo: EXEMPLO13.DBF.

Os arquivos ADULTO.DBF e CRIANC.DBF possuem 20 variáveis iguais das 21 que compõem ambos os arquivos:

¹ O dicionário de dados (Anexo - 3) foi disponibilizado pela equipe SIAB do Ministério da Saúde, via e-mail.

Quadro 1: Variáveis do SIAB nos arquivos ADULTO__.DBF e CRIANC__.DBF.

	ADULTO__.DBF	CRIANC__.DBF
1	COD_SEG	COD_SEG
2	COD_AREA	COD_AREA
3	COD_MICROA	COD_MICROA
4	NFAMILIA	NFAMILIA
5	DTNASC	DTNASC
6	IDADE	IDADE
7	SEXO	SEXO
8	ALFA*	ESCOLA*
9	COD_OCUP	COD_OCUP
10	NOME_OCUP	NOME_OCUP
11	ALC	ALC
12	CHA	CHA
13	DEF	DEF
14	DIA	DIA
15	DME	DME
16	EPI	EPI
17	GES	GES
18	HAN	HAN
19	HÁ	HÁ
20	MAL	MAL
21	TBC	TBC

Fonte: Dicionário de dados do SIAB

*ALFA refere-se a alfabetizado e ESCOLA refere se a criança está na escola ou não.

O arquivo SANMUN.DBF possui 69 variáveis (Anexo – 3) e pode conter vários registros de crianças e adultos, dependendo do número de pessoas por família, ou seja, este arquivo diz respeito a família.

4.10 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES-DF) com o parecer nº 239.867 (Anexo - 7), segundo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam todos os esclarecimentos necessários no decorrer da pesquisa. Os

formulários dos participantes não permitiram a identificação e após a entrega foi atribuída uma numeração sequencial que correspondia a um profissional aleatório. Para a transcrição de respostas às perguntas do formulário foi utilizada a representação P (representando o profissional) e n° (representando o formulário), garantindo assim o anonimato do participante.

5. Resultados

5.1 Descrição da equipe de profissionais da saúde e processo de trabalho

A equipe estudada era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal, assistindo a população em geral que estavam em sua área de abrangência. Dentro do grupo da população da pesquisa seis (60%) profissionais responderam ao formulário.

O tempo médio de trabalho, no referido local de estudo destes profissionais, foi de dois anos e nove meses (variando de dois anos a três anos e nove meses), estes profissionais trabalhavam oito horas por dia. Dentre suas funções estavam a de visitar a casa da população adscrita pelo menos uma vez por mês, marcar consultas, atendimento clínico, desenvolver ações de saúde, inserir os dados no sistema, participar de reuniões, entre outras.

No momento da coleta dos dados, a equipe de saúde do estudo encontrava-se localizado em um posto de saúde próximo à população adscrita, este local contava com acesso à internet banda larga. A sala para a inclusão dos dados no sistema contava com dois aparelhos computadores, que eram compartilhados por aproximadamente 45 profissionais (representa o número de profissionais do local do estudo), que possuíam escala para uso e também os utilizavam conforme demanda. Uma vez por mês acontecia a reunião para fechamento do consolidado/relatório (diz respeito ao conjunto de informações constantes nas outras fichas, ou seja, é o consolidado dos dados coletados nas vistas às residências e atendimentos feitos pela equipe) que era enviado à Regional de Saúde de Ceilândia, ademais ocorriam reuniões semanais para organização do processo de trabalho e discussões sobre casos elencados entre a equipe.

Quando perguntados se receberam treinamento específico para o uso do SIAB quatro (66,67%) profissionais referiram que não, enquanto dois (33,33%) responderam que sim, sendo o treinamento realizado após o início do trabalho no Centro de Saúde de estudo. Um (16,67%) profissional referiu ter tido o treinamento com um professor de informática no hospital da cidade. Dois profissionais do universo dos 66,67% que disseram não ter tido treinamento específico, responderam que aprenderam a utilizar o sistema com a ajuda de outros profissionais no Centro de Saúde.

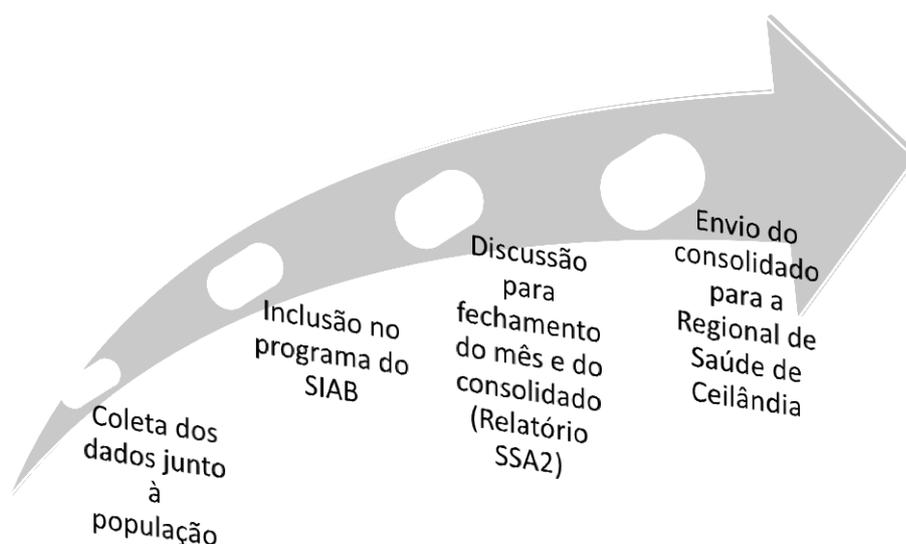


Figura 2 - Fluxo da informação do SIAB no Centro de Saúde nº 08.

5.2 Características da população adscrita da equipe

A equipe possuía em seu cadastro 893 famílias - registradas e acompanhadas conforme portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica - com um total de 3403 pessoas (Dados do SIAB – objeto de estudo - em 30/07/2013). A quantidade de famílias e pessoas por Agente Comunitário de Saúde é distribuída conforme tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição do número de famílias e pessoas por microárea, 2013*.

CÓDIGO DA MICROÁREA (agente)	Frequência de famílias	%	Frequência de pessoas	%	Média de pessoas por família
01	189	21,16%	728	21,39%	3,8
02	179	20,04%	687	20,19%	3,8
03	185	20,72%	708	20,81%	3,8
04	157	17,58%	592	17,40%	3,8
05	183	20,49%	688	20,22%	3,8
Total	893	100,00%	3403	100,00%	3,8

Fonte: SIAB (objeto de estudo)

*Referente ao mês de julho.

Cada código de microárea, representado pela variável COD_MICROA, diz respeito a área de abrangência de determinado ACS, assim observamos que esta equipe é composta por 5 ACS, com uma média por agente comunitário de 681 (592 a 728) pessoas, como pode ser observado na tabela acima.

O número de pessoas por família variou de um a 12, sendo que famílias com o intervalo de uma a quatro pessoas apresentaram maior frequência (70%) e famílias com nove ou mais pessoas representaram apenas 1% do total (Tabela 2).

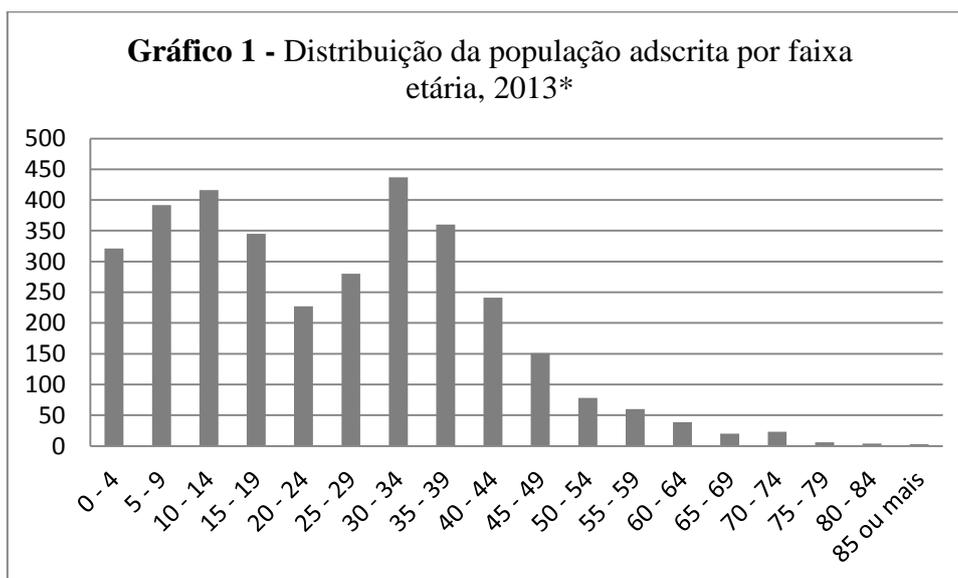
Tabela 2: Grupos com quantidade de pessoas por família na área de abrangência, 2013*.

Nº de pessoas	Frequência	Percentual
1 - 4	626	70%
5 - 8	257	29%
9 - 12	10	1%
Total	893	100,00%

Fonte: SIAB (objeto de estudo)

*Referente ao mês de julho.

A população possui maior distribuição na faixa etária de 30 a 34 anos representando 12,9%, observa-se uma queda de 3,4% na faixa etária de 20 a 24 anos com relação a faixa etária anterior.



Fonte: SIAB (objeto de estudo)

*Referente ao mês de julho.

A população dessa área é em sua maioria do sexo feminino (n=1741; 51,16%), e o sexo masculino (n=1662) corresponde a 48,84%. A população alfabetizada compreende a 81,46% (n=2772).

Com relação às condições de moradia pode ser observado que 98,54% (n=880) referiam morar em casa de tijolo/adobe, 11(1,23%) famílias referiram viver em casa de madeira o tipo de casa do total de 893 famílias, 861 (96,42%) famílias referiram possuir energia elétrica em suas casas. Do total de 884 famílias, 637 (72,06%) possuem de três a cinco cômodos em suas casas, sendo que quatro cômodos corresponde a 27,49%.

Quanto às condições de saneamento e tratamento da água 881 (98,66%) indivíduos referiram utilizar fossa como destino dos dejetos humanos, 886 (99,22%) famílias referiram haver coleta de lixo, 886 (99,22%) famílias utilizam água da rede pública de abastecimento de água e 638 (71,44%) utilizam a filtração para o tratamento da água e 190 (n= 21,28%) são sem tratamento.

Quanto ao meio de transmissão de informações foi observado que de 864, 574 (66,44%) utilizam a televisão.

Sobre a utilização dos serviços de saúde consta que 659 (74,89%) famílias no caso de doença reportam-se ao hospital e 114 (12,95%) procuram Unidades de Saúde mais próxima a sua residência. Com relação a participação em grupos comunitários 419

famílias participam de grupos comunitários, sendo que 92,36% (n=387) participa de grupos religiosos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de participação em grupos comunitários na área de abrangência, 2013*.

Participação em grupos comunitários	Frequência	%
1	14	3,34%
12	3	0,72%
123	1	0,24%
2	387	92,36%
2 4	2	0,48%
3	5	1,19%
4	7	1,67%
Total	419	100,00%

Fonte: SIAB (objeto de estudo)

*Referente ao mês de julho.

Referência dos valores para Participação em grupos comunitários = 1- Cooperativa, 2- Grupo Religioso, 3- Associações, 4- Outros.

O meio de transporte mais utilizado por essas famílias era o ônibus, de 873 famílias 597 (68,38%) utilizavam esse meio de transporte, seguido do carro com 125 (14,32%) das famílias (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do meio de transporte utilizado pela população da área de abrangência, 2013*.

Meios de transporte que mais utiliza	Frequência	%
1	597	68,38%
1, 5	12	1,37%
1, 4	1	0,11%
1, 3	107	12,26%
1, 3, 5	1	0,11%
1, 2	7	0,80%
2	2	0,23%
3	125	14,32%
3, 5	3	0,34%
4	1	0,11%
5	17	1,95%
Total	873	100,00%

Fonte: SIAB (objeto de estudo)

*Referente ao mês de julho.

Referência dos valores para Meios de transporte que mais utiliza = 1- Ônibus, 2- Caminhão, 3- Carro, 4- Carroça, 5- Outros.

O número de famílias que não possuem nenhuma pessoa com plano de saúde privado foi de 389 (90,68%) de 429 registros, conforme visualizado na tabela abaixo:

Tabela 5 – Distribuição da cobertura por número de pessoas na família que possuem plano de saúde privado da área de abrangência, 2013*.

COBERTURA	Frequência	%
0	389	90,68%
1	10	2,33%
2	13	3,03%
3	10	2,33%
4	5	1,17%
5	2	0,47%
Total	429	100,00%

Fonte: SIAB (objeto de estudo)

*Referente ao mês de julho.

5.3 Análise dos atributos de Avaliação

5.3.1 Simplicidade:

Apenas um profissional (16,67%) fez o relato do uso do manual do SIAB, este profissional declarou que o manual era de fácil entendimento, que todas as etapas de preenchimento do sistema ficam claras no manual e que este é uma ferramenta de auxílio, assim observamos que a utilização do manual do SIAB foi baixa, todavia seu conteúdo demonstrou-se compatível com as necessidades dos profissionais.

O número de fichas utilizadas para a coleta de dados foi considerado necessário por quatro profissionais (66,67%), segundo eles a quantidade existente garante informações mais detalhadas. Apenas um dos profissionais referiu que a quantidade é desnecessária, pois poder-se-ia simplificar as fichas de forma que fosse utilizada somente uma.

Quanto à necessidade do número de variáveis/campos dentro das fichas 50% dos profissionais respondeu ser necessária a quantidade, porque aumenta o conhecimento sobre as pessoas e as famílias e facilitam o uso do cadastro. Os outros 50% que referiram ser desnecessário o número de variáveis/campos das fichas referiram que

faltam variáveis que contemplem outras doenças constantes na área, mas não estão contempladas no sistema.

O tempo gasto na coleta dos dados variou entre 10 e 35 minutos com a média de 21 minutos para coleta de dados da ficha A. A mesma média de tempo foi referida para a coleta de dados das demais fichas que compõe o SIAB, assim a média de tempo foi considerada necessária para o preenchimento das fichas. Cinco profissionais (83,33%) referiram ser necessária apenas uma pessoa para responder o conteúdo das fichas, enquanto um profissional não respondeu ao questionamento, dessa forma o número de pessoas para responder aos questionamentos das fichas demonstrou-se baixo. Considerando esses indicadores o SIAB foi considerado simples.

5.3.2 Flexibilidade:

Quanto à atualização quatro (66,67%) dos profissionais relataram que o sistema não foi atualizado e 33,33% referiram não saber responder com precisão se o sistema já havia sido atualizado desde o começo da atuação no Centro de Saúde.

Quando perguntados o que poderia ser melhorado no SIAB, os profissionais fizeram referência à atualização do software com a inclusão de variáveis que contemplem necessidades emergentes da população (como câncer). Vale aqui transcrever a resposta de um profissional sobre este questionamento:

“Além de [o sistema] ser atualizado deveria ser incluído alguns dados necessários, tais como incluir outras doenças, tais como câncer que não consta no sistema”. P4

Ainda sobre a inclusão de outras variáveis/campos, cinco profissionais (83,33%) afirmaram que a população demanda outras necessidades além das constantes no sistema, tais como: doenças referidas, mas que não constam nas fichas (exemplos: depressão, ansiedade, osteoporose, etc), outras condições sociodemográficas (como: renda, se a casa é própria ou alugada). Notamos então que o sistema conserva-se o mesmo desde o início do trabalho dos profissionais no Centro de Saúde, demonstrando-se pouco flexível.

Uma característica encontrada, segundo relatos dos profissionais de saúde, é a possibilidade de realocação de famílias toda vez que se faça necessário, assim quando fica constatado que, por exemplo, um ACS está com um número de famílias ou pessoas muito superior aos demais é feita a redistribuição.

5.3.3 *Qualidade dos dados:*

Completitude

Foram considerados os arquivos ADULTO13.DFB e CRIANC13.DBF, pois estes dizem respeito às pessoas, enquanto o arquivo SANMUN13.DBF une esses arquivos considerando as pessoas dentro de suas famílias, assim muitas variáveis deste arquivo são baseadas nos outros dois arquivos citados acima.

- Arquivo ADULTO13.DBF

Para a análise da completitude foi analisado o banco de dados correspondente ao ano de 2013 com dados até o mês de julho. Considerando a estrutura do banco foi estratificado o código de segmento e código da área conforme o escopo do estudo. Após a estratificação o banco ficou com o número de 2274 dados correspondentes a cada pessoa maior de 14 anos.

Após a análise de todas as variáveis foram alocadas na tabela abaixo aquelas que possuíam completitude inferior a 100%, desconsiderando as variáveis (11 variáveis: ALC, CHA, DEF, DIA, DME, EPI, GES, HAN, HÁ, MAL, TBC)² referentes a doenças, pois não foi possível analisar se estas significavam que o campo estava sem o preenchimento ou se a pessoa não possuía tal doença.

Tabela 6 – Completitude das variáveis do arquivo ADULTO13.DBF

Variável	Completitude
DTNASC	99,74%
COD_OCUP	93,23%
NOME_OCUP	93,53%

Fonte: SIAB (objeto de estudo)

² Para definição das variáveis veja Anexo – 3.

Conforme a tabela acima a completude da variável DTNASC possui a definição de excelente, enquanto as variáveis COD_OCUP e NOME_OCUP possuem o padrão bom de preenchimento.

- Arquivo CRIANC13.DBF

Para a análise da completude foi analisado o banco de dados correspondente ao ano de 2013 com dados até o mês de julho. Considerando a estrutura do banco foi estratificado o código de segmento e código da área conforme o escopo do estudo. Após a estratificação o banco ficou com o número de 1129 dados correspondentes a cada pessoa de até 14 anos.

A variável DTNASC apresentou 99,47% de completude, sendo considerada como excelente.

Observamos que na variável COD_OCUPAÇÃO há um número de apenas 523 de registros, se compararmos com a variável NOME_OCUP há 528 registros, esta última variável deveria ser a representação do código, no entanto há diferença de cinco dados revelando essa lacuna do sistema.

5.3.4 Aceitabilidade:

Com relação a quantidade de fichas que são necessárias para o sistema quatro profissionais (66,67%) responderam que consideram o quantitativo como necessário, alguns profissionais ainda relataram que deveriam ser inclusas outras variáveis nas fichas, bem como no sistema, demonstrando que estes profissionais estão favoráveis a coleta e inclusão dos dados no sistema. Outro indicador o de tempo médio entre uma visita e outra variou entre 23 a 30 dias com média de 27 dias.

Quando questionados sobre o processo de coleta dos dados junto à população cinco (83,33%) profissionais relataram, em linhas gerais, o que pode ser visualizado na figura abaixo (construída com base nas respostas da questão 12 do questionário – anexo 3), demonstrando que estes profissionais seguem os mesmo padrões de trabalho.

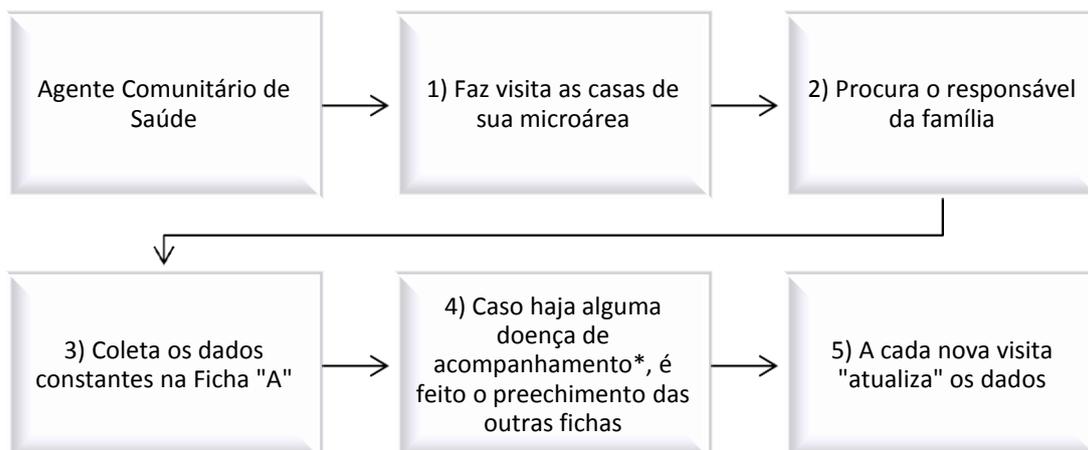


Figura 3 - Processo de coleta de dados, segundo descrição dos profissionais.

*São aquelas doenças/condições contempladas nas fichas B: diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose e gestação.

Outro quesito que pode refletir a aceitabilidade dos profissionais é o debate dos dados disponíveis no SIAB, segundo 100% dos profissionais os dados são debatidos entre a equipe pelo menos uma vez ao mês.

Os profissionais demonstraram-se favoráveis a participação junto ao SIAB.

5.3.5 Representatividade:

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD-2013) a população urbana estimada dos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente é de 78.912 habitantes, enquanto a população coberta pela equipe de saúde do estudo é de 3.403 habitantes, representando aproximadamente 4,31% do total daquela pesquisa.

A distribuição da população por sexo segundo o PDAD é de 50,53% para o sexo masculino e 49,47 para o sexo feminino, já os dados do SIAB trazem uma configuração um pouco diferenciada, pois a população feminina corresponde a 51,16%, enquanto a masculina corresponde a 48,84%.

O percentual da idade da população apareceu de forma semelhante tanto no PDAD quanto no SIAB, a diferença variou de 0,45% a 4,10% com média de 1,46%, conforme tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição do percentual de idades segundo PDAD (população do condomínio Por do Sol e Sol Nascente) e SIAB (população de abrangência), 2013.

IDADE	Percentual PDAD-2013	Percentual SIAB	Diferença do SIAB pelo PDAD
0 – 4	8,78%	9,4%	0,65%
5 – 6	3,55%	4,6%	1,09%
7 - 9	6,16%	6,9%	0,72%
10 - 14	11,38%	12,2%	0,84%
15 - 18	9,06%	8,6%	-0,45%
19 - 24	8,93%	8,2%	-0,72%
25 - 39	27,67%	31,6%	3,97%
40 - 59	19,67%	15,6%	-4,10%
60 - 64	2,16%	1,2%	-1,01%
65 ou mais	2,64%	1,7%	-0,97%
Total	100,00%	100,0%	-

Fonte: CODEPLAN/DF, SIAB (Objeto de estudo).

Considerando o nível de analfabetismo da PDAD que foi de 2,25%, observamos que o percentual de analfabetos encontrados nos dados do SIAB é maior com o valor de 18,54%, o que representa uma diferença de 16,29%.

Para as condições referidas abaixo foram feitas adaptações, pois os valores das variáveis da PDAD e do SIAB não possuíam a mesma denominação, assim foram alguns valores foram unidos em “outros” (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição de variáveis segundo PDAD e SIAB em 2013.

	PDAD	SIAB	Diferença do SIAB pelo PDAD
Tipo de casa			
Alvenaria	99,63%	98,54%	-1,09%
Outros	0,37%	1,46%	1,09%
Total	100,00%	100,00%	-
Quant. De Cômodos			
1 a 4	36,21%	57,01%	20,80%
5 a 8	61,93%	41,75%	-20,18%
9 a 12	1,84%	1,13%	-0,71%
Mais de 12	0,02%	0,11%	0,09%
Total	100,00%	100,00%	-
Abastecimento de água			
Rede geral	98,59%	99,22%	0,63%
Outros	1,41%	0,78%	-0,63%
Total	100,00%	100,00%	-
Sem tratamento/Não tem filtro	32,07%	21,28%	-10,79%
Esgotamento sanitário			
Rede geral	6,10%	1,12%	-4,98%
Fossa	93,47%	98,66%	5,19%
Céu aberto	0,38%	0,22%	-0,16%
Outros	0,05%	-	
Total	100,00%	100,00%	-
Coleta de lixo			
Coletado	55,85%	99,22%	43,37%
Queimado ou enterrado	0,20%	0,33%	0,13%
Outros	43,95%	0,45%	-43,50%
Total	100,00%	100,00%	-
Cobertura de Plano de Saúde	8,26%	9,32%	1,06%

Fonte: CODEPLAN/DF, SIAB (Objeto de estudo).

Tabela 9 – Distribuição do quantitativo das variáveis por escore da diferença entre os percentuais da PDAD e SIAB

Escore	Quantidade de variáveis
Menor 2%	09
Entre 2% e 11%	03
Maior que 11%	04

As diferenças entre os percentuais do PDAD e do SIAB foram em sua maioria pequenas. O que revela que o SIAB possui uma boa representatividade da população que cobre.

5.3.6 Estabilidade:

O sistema, segundo 100% dos profissionais, ficou inoperante várias vezes, sendo que os respostas deles sobre a última vez em que o sistema tinha ficado inoperante foi variado:

- Quatro (66,67%) profissionais referiram que há dois meses o sistema tinha ficado inoperante;
- Um (16,67%) referiu que estava inoperante naquele momento;
- Um (16,67%) referiu que o sistema fica inoperante de vez em quando, quando é necessário incluir usuários e profissionais.

5.3.7 Utilidade:

Conforme a observação do campo de estudo e interação com a população do estudo foi possível perceber que o SIAB possui grande utilidade para a equipe, ademais de ser uma ferramenta imposta pelos dispositivos legais foi possível verificar sua utilidade conforme cumprimento de objetivos listados no quadro abaixo:

Quadro 2 - *Checklist* do cumprimento dos objetivos segundo instruções normatizadas do Ministério da Saúde.

	Objetivos do sistema:	Sim	Parcialmente	Não
1	Produzir relatórios para auxílio das equipes (Brasil, 2003).	X		
2	Relatório permite conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada (Brasil, 2003).	X		
3	Relatório permite avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos (Brasil, 2003).		X	
4	Relatório melhora a qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2003).		X	
5	Atender às necessidades do monitoramento e avaliação por meio de indicadores de saúde (Brasil, 2011c)		X	

- Considerações sobre o quadro 2:

- 1) Foi observado que todos os meses os dados são discutidos entre a equipe para a geração do relatório/consolidado mensal.
- 2) Com base no critério de representatividade notamos que o SIAB é um sistema representativo, desta forma seus relatórios permitem conhecer a realidade sócio-sanitária.
- 3) Os relatórios sem a complementação de dados originados em outros sistemas ou relatórios não permitem completamente avaliar a adequação dos serviços oferecidos.
- 4) O relatório traz dados que permitem desenvolver ações para a melhora da qualidade do serviços de saúde e atendimento à população, porém isto não garante que o relatório será aplicado de forma a atingir esta melhora.
- 5) O atributo de flexibilidade do sistema demonstra que este tem dificuldades de atualização, não dando conta de algumas necessidades emergentes da população.

5.4 Resultados sobre a realização de ações de saúde da equipe para a população adscrita com base nas informações do SIAB.

A maioria dos profissionais demonstraram entender o sistema como um instrumento que potencializa suas ações a fim de melhor atender a população, de modo a atuar sobre situações desfavoráveis e assim orientar suas ações para condições de

maior prevalência e agravamento social. Somente um (16,67%) dos profissionais relatou não ver importância do sistema para a comunidade, e sim apenas para a equipe.

Sobre a realização de ação para a população adscrita dois (33,33%) relataram que não foram desenvolvidas ações, enquanto quatro (67,67%) disseram que já houve algum tipo de ação voltada para a população correlacionando com o aumento do número de casos de determinada doença ou agravo. As ações que os profissionais citaram foram projetos, palestras e visitas mais frequentes em usuários com riscos à saúde, conforme algumas respostas transcritas abaixo:

- a) Desenvolvimento de palestras com base nos dados coletados, pelo aumento no número de casos:

“Planejamento de uma palestra de planejamento familiar, pois uma microárea houve aumento de gestantes.” P6

“[Ações] tais como palestras sobre hipertensão e diabetes, após a descoberta de várias pessoas com essas doenças.” P4

- b) Maior frequência de visitas às famílias que possuem indivíduos com doenças e agravos à saúde:

“Visitas mais frequentes nas residências das gestantes, diabéticos, hipertensos, dentre outras (...).” P2

Como observado as ações levam em consideração a realidade da população que se revela no sistema, contudo esses dados nem sempre são suficientes para determinar regularidade das ações. A equipe têm dados que gerariam o planejamento de ações constante e diversificadas, mas esbarram em questões de dificuldades estruturais e da própria autonomia dentro do serviço.

6 Discussão

O SIAB demonstrou-se ser um sistema com grande potencial de auxílio à equipe de saúde, sua qualidade geral demonstra poucas fragilidades que poderão ser trabalhadas ao longo do tempo, uma vez que este sistema é recente. Atributos como a flexibilidade e estabilidade merecem atenção no sentido que a população possui necessidades que mudam rotineiramente, bem como a pouca estabilidade que este sistema demonstrou oferecer.

Notamos que há pouco treinamento para utilização desse sistema, assim como colocado por Lima, Corrêa e Oliveira (2012) em estudo sobre o conhecimento dos ACS sobre instrumentos de coleta de dados do SIAB, que o processo de qualificação ainda é fragmentado e desestruturado não sendo suficiente para o bom desempenho do trabalho. Embora seja considerado um sistema simples o treinamento poderia facilitar o processo de trabalho, onde os profissionais pudessem ter mais segurança no desempenho de suas atividades. Atrelado a este fato poderiam fazer maior divulgação do manual.

Houve também limitações quanto à comparação das variáveis do SIAB com as variáveis do PDAD, pois elas em sua maioria possuem nomenclatura diferente, induzindo o pesquisador, por necessidade, a fazer adaptações para obter o resultado, gerando vieses. Poderia ser feita padronização de variáveis considerando grandes bases de dados de inquéritos nacionais como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontada por Moraes (2001), e também ilustrada por Santana (2005) a autora ainda afirma que devemos pensar em padronizações não apenas em variáveis, mas também na comunicação entre profissionais, na coleta dos dados.

A coleta de dados foi considerada rápida, todavia esse momento é de fundamental importância para a organização da Atenção Básica, nem sempre as pessoas pertencentes às famílias tem a disponibilidade, a liberdade ou mesmo vontade de responder as perguntas que o ACS faz, nesse sentido é importante trabalhar o vínculo entre ACS e população fazendo com que esses dados estejam cada vez mais próximos da realidade.

Com relação a representatividade observamos que o sistema é representativo uma vez que os dados do sistema confrontados com o da PDAD não continham grande diferenças, assim como colocado no Manual do SIAB (2003) sobre a capacidade deste

sistema em produzir relatórios que permitam conhecer a realidade da população. Um dos motivos para que a representatividade do sistema seja boa é sua proximidade com a população, o que pode diminuir essa representatividade é a falta de acompanhamento de famílias, independente dos motivos (falta de ACS para cobrir a região, família que não quer atender o ACS, entre outros).

O sistema foi considerado pouco flexível. O SIAB por ser um sistema que é alimentado rotineiramente possibilita alterações dentro do que foi previsto, todavia por ter sido criado há muito tempo não atende às necessidades que foram surgindo ao longo dos anos, fragilizando a informação, pois simplesmente essa informação existe no sistema e dessa forma não pode ser vista e analisada, principalmente, por esferas de agregação do governo. A falta de atualização do sistema gera um vazio tanto para o profissional da ponta, que poderia alimentar o sistema com a adaptação do sistema, quando para outros níveis.

A completitude do sistema possui um padrão de bom a excelente, mas entraves dificultaram a análise de forma mais acurada, pois em algumas variáveis a marcação é feita no estilo sim ou vazio, como exemplo nas variáveis de condição de saúde o profissional tem apenas duas opções: o usuário tem a condição/doença ou o campo fica vazio, dessa forma não podemos afirmar se o campo vazio significa “não possui a condição”, “o usuário não respondeu” ou “o profissional não preencheu a variável no sistema”. Também foi observado que os escores associados às variáveis DTNASC foram excelentes, mas esperava-se que a completitude foi de 100%, com base no dicionário de dados do SIAB, esta variável é de caráter opcional, sendo a variável IDADE obrigatória, todavia consideramos ser essencial a data do nascimento, pois a partir dela poderemos calcular a idade. A boa completitude desse sistema reflete em outros atributos da qualidade.

O sistema foi considerado aceitável pelos profissionais, o que devemos problematizar é como otimizar o processo de trabalho desses profissionais e criar uma cultura de valorização da informação dentro da equipe. A inclusão de um digitador, assim como observado na composição da equipe em estudo de Oliveira (2010), que entendesse do contexto da equipe poderia gerar ganhos para o trabalho dessa equipe com a centralização da digitação e posterior divulgação dos relatórios ou mesmo discussão com a equipe de dados que o inquietasse.

O SIAB foi considerado instável uma vez que o sistema fica inoperante diversas vezes. Como a estabilidade do sistema foi avaliada considerando as respostas dos profissionais ao formulário, ressaltamos o viés de memória que possivelmente pode ter ocorrido.

O sistema demonstrou-se útil considerando seus objetivos indo de encontro também as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (2012), demonstrando o alto grau de contato entre os profissionais e os usuários que refletem na qualidade das informações obtidas.

O SIAB possui grande relevância reconhecida, em linhas gerais, pelos profissionais que o utilizam, todavia não foi notado o uso sistemático dos dados para gerar informações que orientassem as ações da equipe, tal como apontado por Thaines et al. (2009) que dizem que os dados servem para mostrar a produção quantitativa, gerando pressão para que estes estejam dentro de planos e metas estabelecidos pelas instâncias hierarquicamente superiores, por vezes perdendo a dimensão mais qualitativa do processo, tanto da parte do usuário que ao expressar suas queixas/necessidades não as tem representadas no sistema de forma individualizada baseadas em seu contexto, como pelo profissional que não pode inserir no sistema essas informações de cunho qualitativo que no nível individual proporcionam atenção com maior integralidade.

Outra questão é a falta do debate dos dados entre a equipe, Moraes e Santos (2001) traz em seu texto o baixo uso da informação no processo da gestão em saúde, observamos então que embora a informação exista e que essa tenha qualidade se não debatida e usada pelas diversas gestões (locais, regionais e federais) não contribuíram efetivamente para melhora do nível de saúde da população.

Considerando o disposto pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) sobre a reestruturação dos sistemas de informação da Atenção Básica, está sendo desenvolvida uma nova estratégia para melhora do processo de trabalho e gestão, incluído um novo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) junto de um novo software, com base nesta informação recomendamos estudos semelhantes tanto no sentido de comparação entre os dois sistemas para análise dos avanços alcançados, quanto para que cada vez mais os Sistemas de Informação bem como o SUS tornem-se de melhor qualidade.

7 Considerações Finais

A partir do conhecimento da estrutura do Sistema de Informação da Atenção Básica notamos que ele é um sistema de boa aceitabilidade pelos profissionais e aplicabilidade perante os objetivos para o qual foi criado. Possui a vantagem de constante atualização de seus dados o que proporciona uma base de dados muito próxima a realidade da situação da população, proporciona informações que podem levar a ações direcionadas a determinados problemas sociais ou de saúde.

O SIAB demonstrou-se como um bom sistema para a Atenção Básica, cujas potencialidades são elevadas apesar de ter-se demonstrado simples. Algumas dificuldades foram apontadas, o que ocorre principalmente pela falta de capacitação anterior ao uso do sistema e atualização periódica deste. Apontamos a atualização do sistema pela própria natureza que rege a Atenção Básica de ser primeiro contato e necessidade de atualização dos dados por parte dos profissionais, o que se espera é que o Ministério da Saúde também esteja atento às necessidades emergentes que o sistema não alcança.

Este estudo buscou ser uma avaliação ampliada do SIAB considerando que o sistema é composto de vários componentes, tanto materiais como humano, buscando analisar o sistema como facilitador do processo de trabalho em saúde e ferramenta essencial à gestão da atualidade. O evidenciado foi o reconhecimento da importância de tal instrumento e uma boa qualidade da informação.

O SIAB possibilita o desenvolvimento de planejamento para a equipe, mas os dados não são analisados em conjunto o que acaba gerando ações pontuais e verticalizadas. Conquanto os dados tenham boa qualidade são pouco explorados a nível local podendo ser ainda mais prejudicados quando passam para um agregado de gestões superiores. Mesmo que a informação seja de qualidade, mas não reflita na mudança de condições desfavoráveis a sociedade, teremos uma lacuna que só poderá ser preenchida com o reconhecimento e valorização da informação-ação no setor saúde.

8 Referências Bibliográficas

- BALDIJÃO, M.F.A. Sistemas de Informação em Saúde. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v.6, n.4, p. 21-28, out./dez. 1992.
- BARBOSA, D.C.M. **Sistemas de Informação em Saúde**: A percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto/ SP. 2006. 111 f.. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BENITO, G.A.V.; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.62, n.3, p. 447-450, jun. 2009.
- BOSI, M.L.M.; PAIM, J.S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Jul. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.164 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.143 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 11).
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília - DF, 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. Ed., 4.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.96 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Portal da Saúde, Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=o_que_e>. Acesso em: 25 de novembro de 2013.

Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNESNet). Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 02 de setembro de 2013.

CALAZANS, A.T.S. Qualidade da informação: conceitos e aplicações. **TransInformação**, Campinas, v.20, n.1, p. 29-45, jan./abr. 2008.

CDC. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (USA). Update guidelines for evaluating disease surveillance systems. *MMWR*, v. 50, n. RR 13, p. 1-35, 2001.

CODEPLAN/DF - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2013**. Disponível em:
<<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%203%B4micas/PDAD/2013/Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013a.

CODEPLAN/DF - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - setores habitacionais Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013**. Disponível em:
<<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%203%B4micas/PDAD/2013/PDAD%20Por%20do%20Sol%20e%20Sol%20Nascente.pdf>>. Acesso em: 17 de novembro de 2013b.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. p. 29-47. In.: Hartz, Zulmira Maria de Araújo (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz** — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.132p. il.

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

COELI, C.M. et al. Sistemas de Informação em Saúde. In: MEDRONHO, R.A. et al. (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 525-530.

Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf>. Acesso em: 1º de abril de 2013.

FERREIRA, S.M.G. **Sistema de Informação em Saúde: Conceitos fundamentais e organização**. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde – NESCON/FM/UFMG – fev. 1998.

FIGUEIREDO, L.A. et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 418-23, 2010.

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

GIOVANELLA, L. et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, organizadora. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.

GUIMARÃES, E.M.P.; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abr. 2004.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação em Saúde. . p. 50-55. In.: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n.1, v. 18, p.07-18, 2010.

LIMA, A.P.; CORREA, A.P.; OLIVEIRA, Q.C. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 1, Fev. 2012.

LIMA, C.R.A.; SCHARAMM, J.M.A.; COELI, C.M. Gerenciamento da Qualidade da Informação: uma abordagem para o setor saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 19-31, 2010.

LIMA, C.R.A et al . Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, Out. 2009.

MALIK, M; SCHIESARI, L.M.C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. v. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MARCOLINO J.S., SCOCHI M.J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p.314-20, jun. 2010.

MARIN, H.F. Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-4, jan./mar. 2010.

MEDEIROS, K.R. et al . O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades

da força de trabalho para o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Abr. 2005.

MORAES, I.H.S; SANTOS, S.R.F.R. Informações para a gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p.49-56, Mar. 2001.

MORENO, A.B.; COELI, C.M.C; MUNCK, S. Informação em Saúde. p. 249-255. In.: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

OLIVEIRA, Q.C. **Sistema de informação da atenção básica**: Análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

PETERLINI, O.L.G.; ZAGONEL, I.P.S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n.3, Set. 2006.

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). Ribeirão Preto, 1999.

RIBEIRO, F.A. **Atenção primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/>>. Acesso em: 25 de setembro de 2013.

RIGOBELLO, JL. **A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII- Ribeirão Preto - SP**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-22092006-163043/>>. Acesso em: 2013-11-25.

ROMERO, D.E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, Mar. 2006.

ROSARIO, M.S. **A segurança das informações em saúde sob responsabilidade do DATASUS**: uma análise com enfoque na privacidade e na confidencialidade. 2010. 99 f.. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SANTANA, R.A.L. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**: o desafio da padronização dos dados. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SCHERER, M.D.A. **O trabalho na equipe de saúde da família**: possibilidades de construção da interdisciplinaridade [tese de doutorado]. Florianópolis: UFSC/PEN, 2006. 232 p.; il.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica <siab@datasus.gov.br>. **Dicionário de dados do SIAB**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <dabyalk@gmail.com> em 11 de setembro de 2013.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, Dez. 2005.

SILVA, P.L.B. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. **Cadernos Fundap**, São Paulo, v.3, n.6, p. 27-50, Jul. 1983.

SOUZA, V.M.M.S. et al. Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose – Brasil, 2007. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-105, 2010.

THAINES, G.H.L.S et al . Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 3, Set. 2009.

VERASZTO, E.V.; SILVA, D.; MIRANDA, N.A., SIMON, F.O. Tecnologia: Buscando uma definição para o conceito. **Prisma.com**, n.7, p. 60-85, 2008.

9 Anexos

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Universidade de Brasília /Faculdade de Ceilândia
Curso de Saúde Coletiva

Orientador: Profº Drº Wildo Navegantes de Araújo (matrícula UnB - 1060457)
Estudante responsável: Dábyla Fabriny Batista de Alkmim.

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **Avaliação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia – DF.**

O nosso objetivo é captar suas percepções sobre o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) para uma análise da relação entre o sistema e as ações desenvolvidas pela equipe para a população adscrita.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá ou será divulgado em nenhuma hipótese, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a) a partir da substituição por um código do seu nome e características que permitiriam lhe identificar.

A sua participação será por meio de um questionário de auto-aplicação. O conteúdo do só poderá ser acessado pelos integrantes dessa pesquisa. Você deverá responder após concordância com o conteúdo deste termo a algumas perguntas. O tempo estimado é de até 40 minutos. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a equipe e o Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia – DF, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone das 08h às 18h para: Dábyla Fabriny Batista de Alkmim, número (61) 9263-9221 ou Wildo Navegantes de Araújo, número (61)81177974. Caso prefira entre em contato, respectivamente, nos e-mails: dabyalk@gmail.com ou wildo74@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com os pesquisadores responsáveis e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília, ____ de _____ de 2013.

Assinatura da estudante: _____

Nome do participante voluntário: _____

Assinatura do participante voluntário: _____

Assinatura do professor Orientador: _____

(1ª. Via – sujeito da pesquisa)

(2ª. Via – pesquisador)

Anexo 2 - Questionário sobre o SIAB

Título do pesquisa: Avaliação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia – DF.

Data: ___/___/2013

1) Há quanto tempo você trabalha no Centro de Saúde nº 08?

_____ anos e _____ meses.

2) Você recebeu treinamento específico para o uso do SIAB?

a) Sim. Caso sua resposta seja esta, vá para as perguntas de **a.1** a **a.4**.

b) Não

c) Não sei

a.1) Em qual momento da sua atuação profissional você foi capacitado?

Antes de entrar neste Centro de Saúde

No início do trabalho neste Centro de Saúde (1º mês de trabalho)

No decorrer do trabalho no Centro de Saúde (a partir do 2º mês de trabalho)

a.2) Com quem? _____

a.3) Onde ? _____

a.4) Durante o treinamento você teve contato com o manual do SIAB?

Sim

Não

3) Você já utilizou o manual do SIAB?

a) Sim. Caso sua resposta seja esta, vá para as perguntas de **a.1** a **a.3**.

b) Não

c) Não me lembro

a.1) O manual é de fácil entendimento?

Sim

Não

a.2) Todas as etapas de preenchimento ficam claras no manual?

Sim

Não

a.3) Qual das respostas abaixo você atribuiria ao manual?

Não há clareza no conteúdo do manual. Não entendo nada!

Há clareza no conteúdo do manual, porém ele é muito cansativo. Poderiam pensar em algo mais interativo.

Há clareza no conteúdo do manual, ele me auxilia muito em relação ao SIAB.

4) O que você faz junto ao SIAB?

5) Quais dos instrumentos de coleta abaixo você utiliza?

a) Ficha A

b) Ficha B – GES

c) Ficha B – HA

d) Ficha B – DIA

e) Ficha B – TB

f) Ficha B – HAN

g) Ficha C

h) Ficha D

i) Não utilizo instrumento de coleta. Caso seja essa sua resposta pule para a pergunta nº 13.

j) Outros. Quais? _____

6) A quantidade de Fichas usadas no SIAB é necessário?

a) Sim. Por quê?

b) Não. Por quê?

7) O número de variáveis ou campos dentro das fichas é necessário?

a) Sim. Por quê?

b) Não. Por quê?

8) As variáveis se repetem entre as fichas ou o conteúdo das variáveis?

a) Sim. Cite exemplos?

b) Não

c) Não me lembro

9) Quantas pessoas (usuários) são necessárias para responder o conteúdo das Fichas?

a) 1 pessoa

b) 2 pessoas

c) 3 pessoas

d) 4 pessoas ou mais

10) Qual é o tempo médio gasto para coletar os dados pela 1ª vez junto a uma família?

(Em minutos, horas ou dias).

a) Ficha A: _____

b) Demais Fichas: _____

11) Qual é o período médio de retorno entre uma visita e outra?

_____ dias.

12) Descreva o processo de coleta de dados?

13) Como é o processo de inclusão no computador (software do SIAB) dos dados coletados?

14) O que os dados do sistema representam em relação à população?

15) Qual a maior dificuldade ao usar o SIAB?

16) O que poderia ser melhorado no SIAB?

17) A população demanda outras necessidades, em relação a dados, além das constantes nas fichas?

a) Sim. Quais?

b) Não

18) O SIAB já foi atualizado alguma vez, desde que você trabalha neste Centro de Saúde?

a) Sim, somente as fichas foram atualizadas

b) Sim, o software do SIAB foi atualizado

c) Ambos foram atualizados

d) Não houve atualização

e) Não sei

19) O software do SIAB já ficou inoperante?

a) () Sim, várias vezes. Qual foi a última vez?

b) () Sim, mas isso só ocorreu uma vez.

c) () Não

d) () Não sei

20) Há algum momento em que os dados são debatidos entre a equipe? Quando?

21) Qual a importância do SIAB na organização do serviço e ações para a comunidade?

22) Houve alguma ação desenvolvida para a população com base nas informações obtidas pelo SIAB? Cite exemplos.

23) O serviço da equipe é orientado pelas informações obtidas pelo SIAB? Como?

24) Os dados do sistema representam a realidade da saúde quanto à atenção básica da população adscrita?

Obrigada pela participação!

Anexo 3 - Descrição das variáveis segundo Dicionário de dados do SIAB

Variáveis que constam no arquivo ADULTO__.DBF

NOME	TIPO	TAMANHO	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO
COD_SEG	C	2	Código do segmento	Obrigatório, com zeros à esquerda
COD_AREA	C	4	Código da área/equipe	Obrigatório, com zeros à esquerda
COD_MICRO A	C	2	Código da microárea	Obrigatório, com zeros à esquerda
NFAMILIA	C	3	Número da família	Obrigatório, com zeros à esquerda
DTNASC	C	10	Data de nascimento	Opcional
IDADE	C	3	Idade	Obrigatório
SEXO	C	1	Indica o sexo	Obrigatório, sendo "F" feminino e "M" masculino
ALFA	C	1	Indica se alfabetizado	Obrigatório, sendo "S" alfabetizado e "N" não alfabetizado
COD_OCUP	C	3	Código da ocupação	Conforme Tabela de Ocupação
NOME_OCUP P	C	45	Nome da ocupação	Conforme Tabela de Ocupação
ALC	C	1	Indica Alcoolismo	"X" ou " "
CHA	C	1	Indica Doença de Chagas	"X" ou " "
DEF	C	1	Indica Deficiência Física	"X" ou " "
DIA	C	1	Indica Diabetes	"X" ou " "
DME	C	1	Indica Distúrbio mental	"X" ou " "
EPI	C	1	Indica Epilepsia	"X" ou " "
GES	C	1	Indica se Gestante	"X" ou " "
HAN	C	1	Indica Hanseníase	"X" ou " "
HÁ	C	1	Indica Hipertensão arterial	"X" ou " "
MAL	C	1	Indica Malária	"X" ou " "
TBC	C	1	Indica Tuberculose	"X" ou " "

Variáveis que constam no arquivo CRIANC__.DBF

NOME	TIPO	TAMANHO	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO
COD_SEG	C	2	Código do segmento	Obrigatório, com zeros à esquerda
COD_AREA	C	4	Código da área/equipe	Obrigatório, com zeros à esquerda
COD_MICRO A	C	2	Código da microárea	Obrigatório, com zeros à esquerda
NFAMILIA	C	3	Numero da família	Obrigatório, com zeros à esquerda
DTNASC	C	10	Data de nascimento	Opcional
IDADE	C	2	Idade	Obrigatório
SEXO	C	1	Indica o sexo	Obrigatório, sendo "F" Feminino e "M" Masculino
ESCOLA	C	1	Indica se está na escola	Obrigatório, sendo "S" na escola e "N" não na escola
COD_OCUP	C	3	Código da ocupação	Conforme Tabela de Ocupação
NOME_OCUP	C	45	Nome da ocupação	Conforme Tabela de Ocupação

ALC	C	1	Indica alcoolismo	"X" ou " "
CHA	C	1	Indica Doença de Chagas	"X" ou " "
DEF	C	1	Indica Deficiência Física	"X" ou " "
DIA	C	1	Indica Diabetes	"X" ou " "
DME	C	1	Indica Distúrbio Mental	"X" ou " "
EPI	C	1	Indica Epilepsia	"X" ou " "
GES	C	1	Indica se Gestante	"X" ou " "
HAN	C	1	Indica Hanseníase	"X" ou " "
HÁ	C	1	Indica Hipertensão arterial	"X" ou " "
MAL	C	1	Indica Malária	"X" ou " "
TBC	C	1	Indica Tuberculose	"X" ou " "

Variáveis que constam no arquivo SANMUN_.DBF

NOME	TIPO	TAMANHO	DESCRIÇÃO	PREENCHIMENTO
COD_SEG	C	2	Código do segmento	Obrigatório, com zeros a esquerda
COD_AREA	C	4	Código da área	Obrigatório, com zeros a esquerda
COD_MICRO A	C	2	Código da microárea	Obrigatório, com zeros a esquerda
COD_ZONA	C	2	Código da zona	Obrigatório, "01" – Urbana "02" – Rural
TIPO_EQP	C	2	Identificador do Tipo de Equipe	Obrigatório "01" – ESF "02" – ESF com SB MI "03" – ESF com SB MII "04" – EACS "05" – Outros "10" – EACS com SB MI "11" – EACS com SB MII "12" – ESFR "13" – ESFR com SB MI "14" – ESFF "15" – ESFF com SB "16" – EAB Tipo I "17" – EAB Tipo II "18" – EAB Tipo III "19" – EAB Tipo I com SB "20" – EAB Tipo II com SB "21" – EAB Tipo III com SB "24" – ESF Tipo I "25" – ESF Tipo I com SB MI "26" – ESF Tipo I com SB MII "27" – ESF Tipo II "28" – ESF Tipo II com SB MI "29" – ESF Tipo II com SB MII "30" – ESF Tipo III "31" – ESF Tipo III com SB MI "32" – ESF Tipo III com SB MII "33" – ESF Tipo IV

				"34" – ESF Tipo IV com SB MI "35" – ESF Tipo IV com SB MII "36" – ESF Transitória "37" – ESF Transitória com SB MI "38" – ESF Transitória com SB MII "39" – ESFR com SB MII
ID_MODELO	C	1	Identificador do modelo	Obrigatório, "1" – PACS "2" – PSF "3" – OUTROS
NFAMILIA	C	3	Número da família	Obrigatório, com zeros a esquerda
NPESSOAS	C	2	Número de pessoas da família	Obrigatório, com zeros a esquerda
FEM1	C	2	Número de pessoas do sexo feminino < 1 ano	
FEM2	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 1 a 4 anos	
FEM3	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 5 a 6 anos	
FEM4	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 7 a 9 anos	
FEM5	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 10 a 14 anos	
FEM6	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 15 a 19 anos	
FEM7	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 20 a 39 anos	
FEM8	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 40 a 49 anos	
FEM9	C	2	Número de pessoas do sexo feminino de 50 a 59 anos	
FEM10	C	2	Número de pessoas do sexo feminino >= 60 anos	
MASC1	C	2	Número de pessoas do sexo masculino < 1 ano	
MASC2	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 1 a 4 anos	
MASC3	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 5 a 6 anos	
MASC4	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 7 a 9 anos	
MASC5	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 10 a 14 anos	
MASC6	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 15 a 19 anos	
MASC7	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 20 a 39 anos	
MASC8	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 40 a 49 anos	

MASC9	C	2	Número de pessoas do sexo masculino de 50 a 59 anos	
MASC10	C	2	Número de pessoas do sexo masculino >= 60 anos	
ESCOLA	C	2	Número de crianças de 7 a 14 anos na escola	
ALFABE	C	2	Número de pessoas de 15 anos e mais alfabetizados	
ALC1	C	2	Número de alcóolicos de 0 a 14 anos	
ALC2	C	2	Número de alcóolicos com 15 anos e mais	
CHA1	C	2	Número de pessoas com chagas de 0 a 14 anos	
CHA2	C	2	Número de pessoas com chagas com 15 anos e mais	
DEF1	C	2	Número de pessoas com deficiência física de 0 a 14 anos	
DEF2	C	2	Número de pessoas com deficiência física com 15 anos e mais	
DIA1	C	2	Número de pessoas com diabetes de 0 a 14 anos	
DIA2	C	2	Número de pessoas com diabetes com 15 anos e mais	
DME1	C	2	Número de pessoas com distúrbio mental de 0 a 14 anos	
DME2	C	2	Número de pessoas com distúrbio mental com 15 anos e mais	
EPI1	C	2	Número de pessoas com epilepsia de 0 a 14 anos	
EPI2	C	2	Número de pessoas com epilepsia com 15 anos e mais	
GES1	C	2	Número de gestantes de 10 a 19 anos	
GES2	C	2	Número de gestantes com 20 anos e mais	
HAN1	C	2	Número de pessoas com hanseníase de 0 a 14 anos	
HAN2	C	2	Número de pessoas com hanseníase com 15 anos e mais	
HA1	C	2	Número de pessoas com hipertensão arterial de 0 a 14 anos	
HA2	C	2	Número de pessoas com hipertensão arterial com 15 anos e mais	
MAL1	C	2	Número de pessoas com malária de 0 a 14 anos	
MAL2	C	2	Número de pessoas com malária com 15 anos e mais	

TBC1	C	2	Número de pessoas com tuberculose de 0 a 14 anos	
TBC2	C	2	Número de pessoas com tuberculose com 15 anos e mais	
ID_TIPO	C	1	Identificador do tipo de casa	Obrigatório, "1" - Tijolo/Adobe "2" - Taipa revestida "3" - Taipa não revestida "4" - Madeira "5" - Material Aproveitado "6" - Outros
ID_ELET	C	1	Identificador da energia elétrica	Obrigatório, "1" ou " "
QTD_COMO	C	2	Quantidade de cômodos	
ID_LIXO	C	1	Identificador do destino do lixo	Obrigatório, "1" – Coletado "2" – Queimado/Enterrado "3" - Céu Aberto
ID_TRATA	C	1	Identificador do tratamento da água no domicílio:	Obrigatório, "1" - Filtração "2" - Fervura "3" - Cloração "4" - Sem tratamento
ID_AGUA	C	1	Identificador da água utilizada	Obrigatório, "1" - Rede Pública "2" - Poço ou Nascente "3" - Outros
ID_URINA	C	1	Identificador de fezes e urina	Obrigatório, "1" - Sistema de esgoto "2" - Fossa "3" - Céu Aberto
ID_DOEN	C	5	Identificador para em caso de doença	"1" - Hospital "2" - Unidade de Saúde "3" - Benzedeira "4" - Farmácia "5" - Outros
ID_MEIO	C	3	Identificador do meio de transporte	"1" - Rádio "2" - Televisão "3" – Outros
ID_GRUPO	C	4	Identificador de participação em grupos comunitários	"1" – Cooperativa "2" - Grupo Religioso "3" - Associações "4" - Outros
ID_TRAN	C	5	Identificador dos meios de transportes que mais utiliza	"1" - Ônibus "2" - Caminhão "3" - Carro "4" - Carroça "5" - Outros
COBERTURA	C	2	Numero de pessoas cobertas pôr plano de saúde	
SIGAB	C	1	Identifica se as informações vieram do SIGAB	"*"
BF_RECEBE	C	1	Indica se a família recebe bolsa família	"S", "N" ou " "
BF_ELEGIV	C	1	Indica se a família esta inscrita no Cad_Unico	"S", "N" ou " "

NIS	C	11	Número do NIS do responsável	
-----	---	----	------------------------------	--

Anexo 4 - Ficha A

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				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

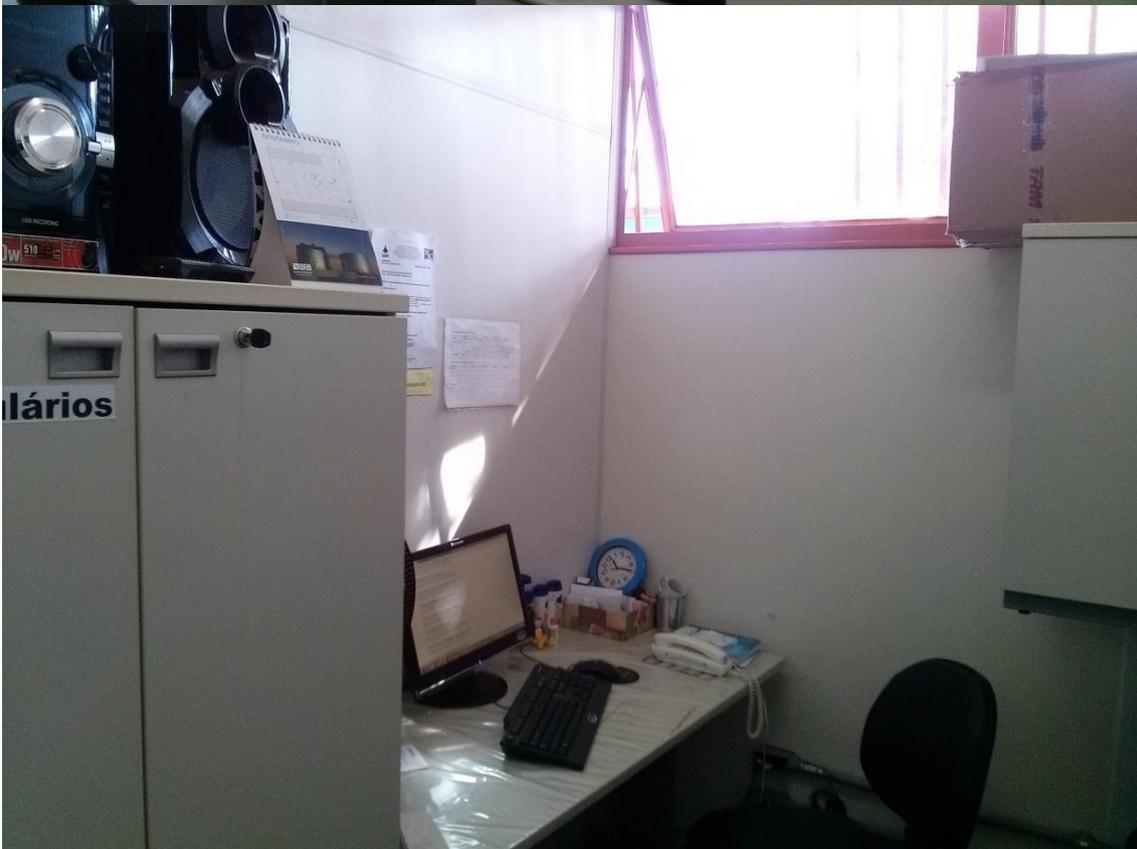
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

Anexo 5 – Relatório SSA2

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	Nascidos vivos no mês											
	RN pesados ao nascer											
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g											
	De 0 a 3 meses e 29 dias											
	Aleitamento exclusivo											
	Aleitamento misto											
	De 0 a 11 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	De 12 a 23 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	Menores de 2 anos											
	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 1ºTRI											
< 20 anos cadastradas												

MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Diabéticos	cadastrados											
	acompanhados											
Hipertensos	cadastrados											
	acompanhados											
Pessoas com Tuberculose	cadastradas											
	acompanhadas											
Pessoas com Hanseníase	cadastradas											
	acompanhadas											
H O S P I T A L	Menores de 5 anos por pneumonia											
	Menores de 5 anos por desidratação											
	Por abuso de álcool											
	Por complicações do Diabetes											
	Por outras causas											
T. Total												
	Internações em hospital psiquiátrico											
Ó B I T O S	De menores de 28 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória											
	Por outras causas											
	De menores de 1 ano											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória											
	Por outras causas											
	De mulheres de 10 a 49 anos											
	De 10 a 14 anos											
	De 15 a 49 anos											
Outros óbitos												
Total de óbitos												
	De adolescentes (10-19 anos) por violência											
	Total de famílias acompanhadas											
	Visita domiciliar - ACS											

Anexo 6 – Fotos da sala de trabalho da equipe de estudo





Anexo 7 - Parecer de aprovação do trabalho pelo comitê de ética



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia-DF

Pesquisador: Wildo Navegantes de Araujo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13691713.2.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 239.867

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

As mudanças no contexto da saúde pública no Brasil contribuíram para organização e disseminação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) pelo país. A Atenção Básica à Saúde faz parte da nova forma de organizar o SUS e trouxe a necessidade de um sistema de informação que buscasse conhecer a realidade da população em nível local.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) para acompanhar as ações e resultados das equipes do Programa Saúde da Família (PSF). O SIAB é uma ferramenta de planejamento e orientação para a gestão das equipes de saúde da família no PSF e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por possuir um elenco de indicadores que permitem a caracterização da situação socio sanitária, do perfil epidemiológico, a atenção aos grupos de risco e o acompanhamento das ações de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Descrever e avaliar o SIAB nos atributos quantitativos e qualitativos, junto a uma Equipe de Saúde da Família, no Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia -DF.

Específicos:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



- Avaliar os atributos quantitativos e qualitativos do SIAB;
- Analisar se as informações do sistema refletem na organização de ações de saúde da equipe para a população adscrita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O currículo do pesquisador é adequado a pesquisa. Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. O pesquisador relata que não haverá riscos, mas segundo a Resolução CNS 196/96, não existe pesquisa sem riscos aos sujeitos. Os possíveis benefícios terão impacto sobre a utilização da informação para a tomada de decisões por parte da equipe de saúde da família. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma avaliação, com a coleta de dados primários utilizando um questionário semi-estruturado de auto-aplicação junto a uma amostra de 10 profissionais de uma Equipe de Saúde da Família no Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia/SES/DF, com duração aproximada de 02 meses, previsão para início de maio/2013.

O questionário será utilizado para obtenção de alguns dados para a pesquisa e um maior entendimento da estrutura e processo da equipe frente ao SIAB. Será necessário também análise documental (fichas do SIAB, relatórios gerados pelo sistema e outros instrumentos que estejam diretamente envolvidos ao SIAB) e observar os profissionais em suas dinâmicas de trabalho, no que diz respeito ao SIAB.

Para a avaliação do SIAB será utilizada a metodologia adaptada do Update Guidelines for Evaluating Disease Surveillance Systems, onde será avaliada os atributos quantitativos, qualitativos e a utilidade do sistema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pela Coordenação Geral de Saúde de Ceilândia/HRC/SES/DF.

Termo de Concordância: Apresentado. Documento assinado pela Gerente do Centro de Saúde nº 08 da SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 08 de Abril de 2013

Assinador por:

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br