



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

Arianny Inácio de Oliveira Carvalho

**Resgatando a experiência vivida sobre sistemas de informação em  
saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF**

Brasília  
2014

Arianny Inácio de Oliveira Carvalho

**Resgatando a experiência vivida sobre sistemas de informação em  
saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF**

Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade a ser  
apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de  
Ceilândia para obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientador: Profº. Drº. Carlos Eduardo dos Santos

Brasília  
2014

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Carvalho, Arianny Inácio de Oliveira.

Resgatando a experiência vivida sobre sistemas de informação em saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF, Brasília, 2014.

89 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Carlos Eduardo dos Santos.

(Co) Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem.

1. sistema de informação em saúde.
2. gestão em saúde
3. Enfermagem.
4. informática em saúde
5. Informação em saúde

## RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi entender qual é a experiência do enfermeiro da atenção básica com os Sistemas de Informação em (SIS), traçar o seu o perfil profissional e refletir sobre o uso dos SIS no processo de tomada de decisão em saúde. Dessa forma optou-se por um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, abordando o fenômeno diretamente através da interrogação do sujeito, oito enfermeiros fizeram parte desse estudo e responderam a seguinte questão: “Qual a sua experiência com os Sistemas de Informação em Saúde?”. Os discursos foram transcritos e analisados ideograficamente, surgiu assim quatro temas: “Vivenciando os SIS”, “Gerenciando a tomada de decisão em saúde através dos SIS”, “refletindo sobre a veracidade da informação”, “analisando os SIS”. Através da análise das convergências e divergências das unidades de significado interpretadas tentou-se revelar o fenômeno situado. As proposições que surgiram revelaram que o enfermeiro do PSF tem maior contato com o SIAB e a sua dinâmica de alimentação. Foi considerado que os sistemas de informação são importantes para conhecer a população da área onde o serviço realiza a promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde. Em relação à veracidade do dado, foi considerado como não sendo fidedigno à realidade. Os discursos revelaram que os SIS são facilitadores, trouxeram mais rapidez e agilidade na busca do dado, acesso e transmissão da informação, otimizando o trabalho do enfermeiro. Um aspecto deficitário dos SIS é a falta de recursos humanos para a sua alimentação e há uma dificuldade com o uso da tecnologia pelos profissionais.

Palavras-chaves: 1. sistema de informação em saúde. 2. gestão em saúde 3. Enfermagem. 4. informática em saúde 5. Informação em saúde

## **ABSTRACT**

The aim of this research was to understand what is the experience of primary health care's nurses with information systems (SIS), trace your professional profile, and reflect on the use of the SIS in decision-making in health. Thus we opted for a qualitative study with phenomenological approach, addressing the phenomenon directly through the interrogation of the health-care professionals. Eight nurses were part of this study and answered the following question: "what is your experience with health information systems?". The speeches were transcribed and analyzed ideographically, arose as soon as four themes: "Experiencing the SIS", "Managing decision-making in health through the SIS", "reflecting on the veracity of the information", "analyzing the SIS". Through the analysis of convergences and divergences of meaning units interpreted tried to reveal the phenomenon located. The propositions that have emerged have revealed that the PSF's (Family Health Program) nurses have greater contact with the SIAB and its power dynamics. It was considered that information systems are important for the population of the area where the service performs the promotion, protection, assistance and rehabilitation of health. Regarding the veracity of the data, was considered as not being trusted to reality. The speeches revealed that SIS are facilitators, brought more speed and agility in the data search, access and transmission of information, optimizing the nurses's work. A loss-making aspect of the SIS is the lack of human resources for insert data and there is a difficulty with the use of technology by professionals.

**Keys Words:** 1. health information system. 2. Healthcare management 3. Nursing. 4. health informatics. 5. health information.

*Este trabalho é dedicado a todos os profissionais da saúde que se empenham em fazer  
a utopia do Sistema Único de Saúde uma realidade.  
A minha família pelo apoio e compreensão durante a jornada.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus por me permitir cumprir mais esta etapa da minha vida.*

*Aos trabalhadores do centro de saúde nº 08 da Ceilândia por contribuírem e colaborarem com o trabalho.*

*Aos meus orientadores Carlos Eduardo dos Santos e Tânia Cristina Morais, pela compreensão, ensinamentos e por terem me proporcionado todas as reflexões a cerca do trabalho.*

*Aos docentes da Faculdade da Ceilândia pelos ótimos exemplos de qualificação profissional, por tudo que com eles eu aprendi.*

*A “turma mais bonita da cidade” pelo estímulo a minha formação, pela confiança e amizade.*

*A minha família, em especial, a minha mãe, Suene, minhas irmãs, Amanda e Carol, ao Daniel, por terem sido meus alicerces durante a construção desse trabalho e ao meu filho Miguel que me faz entender o sentido da vida e a quem eu ensino os primeiros passos...*

## **DAS UTOPIAS**

*Se as coisas são inatingíveis... ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!*

***Mário Quintana***

## **LISTA DE SIGLAS**

ANS - Agencia Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
DATASUS – Departamento de informática do SUS  
E-SUS AB - E-SUS Atenção Básica  
FEPECS – Fundação Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde  
INAMPS - Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MS – Ministério da saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PNIIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PPA - Plano Plurianual  
PROAIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade  
PSF - Programa Saúde da Família  
RES - Registro Eletrônico da Saúde  
Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos  
SIS - Sistema de Informação em Saúde  
SNIS - Sistema Nacional de Informação em Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UnB – Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

Dedicatória  
Agradecimentos  
Lista de siglas e abreviações  
Resumo  
Abstract

### **1. INTRODUÇÃO**

1.1 Motivação para a temática.....	11
1.2 Conhecendo a história do SUS.....	12
1.3 Entrando no universo dos Sistemas de Informação em Saúde.....	13
1.4 Compreensão temática.....	20

### **2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: PERCORRENDO UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO DO FENÔMENO**

2.1 Abordagem do estudo.....	22
2.2 Fenomenologia.....	22
2.3 Situando o fenômeno.....	23
2.4 Obtendo as descrições .....	23
2.5 Análise do discurso.....	24

### **3. APRESENTAÇÃO E COMPREENSÃO DOS DISCURSOS**

3.1 Contextualização Situacional.....	25
3.2 Análise Ideográfica.....	26
3.2.1 Aquiles.....	26
3.2.2 A tematização das unidades de significado.....	31
3.3 Análise Nomotética.....	33
3.3.1 O agrupamento das unidades de significado interpretadas.....	33
3.3.2 Análise das Convergências e Divergências.....	37

### **4. SÍNTESE COMPREENSIVA.....**

### **5. REFLEXÕES SOBRE AS DESCOBERTAS DO ESTUDO E UMA PROPOSTA DE DISCUSSÃO.....**

### **6. PALAVRAS FINAIS.....**

### **7. ANEXOS**

7.1 Anexo A.....	51
7.2 Anexo B.....	84
7.3 Anexo C.....	85

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....**





## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Motivação para a temática**

Foi durante um momento único da graduação que tudo começou. No quarto semestre eu obtive a oportunidade de conhecer e participar do Projeto Rondon, através da Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Ministério da Defesa.

O projeto é nacional e consiste na participação voluntária de universitários na realização de propostas que possam melhorar a qualidade de vida da comunidade e resolvam problemas em conjunto com os profissionais que atuam nela e com a população, sempre semeando o conhecimento e não realizando a assistência direta, para que assim a comunidade possa continuar melhorando. Cada semestre acontece uma operação de intervenção em um município brasileiro, as intervenções abrangem as diversas ciências e áreas do conhecimento, e ao final uma equipe multidisciplinar e interprofissional (composta por universitários e professores) faz uma viagem até o município escolhido pela UnB, implementando as propostas e projetos realizados durante o semestre.

Foi durante uma viagem, do Projeto Rondon, que pude experienciar uma dificuldade e assim surgiu a minha inquietação. Antes de ir até o município escolhido para a operação daquele semestre, no interior do estado de Tocantins, com pouco mais de dois mil habitantes, a equipe do projeto “responsável” pelos encaminhamentos da saúde no município realizou um levantamento da situação de saúde do mesmo. Para tanto utilizamos o Departamento de Informática do SUS – DATASUS para buscar dados e posterior análise da situação. O DATASUS integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, conforme Decreto Nº 7.530 de 21 de julho de 2011 que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde (MS).

Ao chegar ao município foi perguntado aos profissionais de saúde, qual era a situação de saúde da comunidade como, por exemplo, doenças mais incidentes, morbimortalidade, condição socio sanitária etc. Incrivelmente obtemos informações muito discrepantes daquelas informações epidemiológicas oficiais obtidas pelo DATASUS. A situação de saúde evidenciada pelos sistemas de informações do MS era desconhecida pelos profissionais que na verdade nos disseram ter uma condição bem diferente no local, com ainda muitas doenças fora de controle como a doença de chagas e outras decorrentes do elitismo e tabagismo de grande parte da população, e ainda a ocorrência de muitos casos de morbidade por doenças parasitárias. As informações relatadas pelos profissionais pareciam ser reflexos das condições sociais, sanitárias e econômicas com que nos deparamos no município.

Logo veio a inquietação, mas então o que pode ter acontecido, se são os próprios profissionais que alimentam os sistemas de informação? Por que a discrepância? Qual seria o papel do enfermeiro em relação à análise dos dados e da situação de saúde do seu município?

A partir daí comecei a observar durante os estágios curriculares, principalmente aqueles na unidade básica de saúde: qual era o fluxo das informações, como era visto esse trabalho de alimentação dos sistemas, e se no dia-a-dia as informações dos sistemas eram usadas para tomar decisões e percebi então que este deveria ser tema do meu trabalho de conclusão de curso e que eu deveria começar ouvindo os enfermeiros para poder entender qual é a experiência deles com os sistemas de informações em saúde e por meio dessa escuta refletir sobre o seu uso na tomada de decisão em saúde.

## **1.2 Conhecendo a história do Sistema Único de Saúde - SUS**

Cabe apresentar um histórico da saúde no Brasil e as principais mudanças que resultaram na implantação do atual sistema de saúde. É imprescindível conhecer esse sistema para atuar no seu aprimoramento, na evolução e consolidação prática do que está teoricamente colocado (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2000).

Antes do SUS a saúde se apresentava correlacionada ao trabalho, ou seja, as ações de saúde objetivavam o não adoecimento do trabalhador para que este continuasse movendo a economia. Logo o acesso à saúde não era para todos, na verdade somente para os que tinham carteira de trabalho assinada ou recursos financeiros para pagar pela assistência, aqueles que não estavam em nenhuma destas categorias recorriam à filantropia (BRASIL, 2009a).

Existiam vários órgãos e instituições federais todas elas objetivavam propostas diferentes e realizavam ações desprendidas. Essas ações não tinham uma correlação e não havia integração entre esses órgãos para compor uma organização no setor saúde. Diante da desordem em 1975 surgiram às primeiras tentativas de mudança, uma delas foi a Lei 6.229 desse ano que estabelecia a criação do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 2009a).

O Sistema Nacional de Saúde tentou trazer aos estados e municípios a responsabilidade pela saúde local mesmo assim as ações federais caóticas e descoordenadas continuaram e a autonomia do ministério da saúde sobre o então sistema de saúde não era evidenciada. No mesmo ano também foi feita uma normatização da informação sobre mortalidade com adesão de um formulário único e nacional de declaração de óbito (BRASIL, 2009a).

Aos poucos foram surgindo ideias e idealizadores de um sistema que pudesse ser universal, a academia e os intelectuais da época, demonstraram no 1º Simpósio sobre política

nacional de saúde (1979) alguns dos princípios que hoje compõem o Sistema Único de saúde. Além disso, houve outros movimentos como a reforma da assistência médica da previdência social, as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (BRASIL, 2009a).

O movimento da reforma sanitária contava com grande participação social e intelectual, obtendo seu grande passo durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A discussão sobre a reforma teve como consequência um relatório que serviu de base para a legislação do SUS que foi debatida no Congresso Nacional e por meio da Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde como direito de todos e dever do Estado. Sua regulamentação se deu por meio das leis 8080/1990 e 8142/1990. Passou a existir então um elo entre as esferas governamentais e as decisões passaram a ser pactuadas entre elas (PAIM, 2009).

Em 1990 além da regulamentação da organização dos recursos e do funcionamento do SUS, houve também a criação do Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatorial e no ano seguinte criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (PAIM, 2009). Ainda no século XX foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), discutido e regulamentado a municipalização e descentralização da saúde, surgiu então o Programa Saúde da Família (PSF), foram realizadas as primeiras e tímidas ações de combate ao tabaco, é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ocorre à melhora no acesso a medicamentos com a criação dos genéricos, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e diminuída a morbimortalidade por doenças infectocontagiosas na maior parte do território nacional (PAIM, 2009).

No século XXI o marco importante foi à expansão de programas como o PACS, foram feitas algumas políticas públicas de atenção à saúde de grupos vulneráveis, como idosos e indígenas, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, ações na assistência a pessoas com câncer, campanhas nacionais de vacinação, ações para o combate da mortalidade materno-infantil e aprovação do pacto pela saúde (PAIM, 2009).

Todos os avanços do SUS propiciaram o melhor planejamento de sua gestão e enfatizou que esta se conduzida de forma descentralizada poderá alcançar os desafios do sistema, que ainda são muitos (BRASIL, 2009b).

### **1.3 O Universo dos sistemas de informação em saúde**

Os avanços ainda a serem considerados dentro do SUS incluem a efetivação e qualificação da informação em saúde e dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Para

seguir com tal temática é imprescindível esclarecer algumas associações e correlações de conceitos.

Pode-se dizer que o conceito de informação, sistema de informação, dado e base de dados são confundidos e erroneamente se tornam sinônimos. Para a produção do conhecimento a informação é necessária, mas ela não se constitui o conhecimento em si sendo assim um instrumento para realizar a ação e que se torna eficiente quando a partir dela é gerado o planejamento para a ação, logo a definição de informação é: dado que foi coletado, autenticado, transcrito e examinado (BAZZOTTI; GARCIA, 2006).

Dado é a informação que ainda não foi trabalhada logo não infere análise alguma, o dado após ser lapidado, ou seja, processado e acrescido a uma coleção de dados se transforma em informação podendo assim ser alcançado o conhecimento do evento que aquele dado descreve. O conglomerado de dados ordenados e dispostos para análise constitui uma base de dados, o fluxo de dados é definido quando se escolhe quais serão os canais de informação (de onde serão retirados) e as redes de informação (para onde serão destinados). (BAZZOTTI; GARCIA, 2006; FRANÇA, 2001).

A definição de sistemas de informação também depende do esclarecimento do que é um sistema. Para Ferreira (1998, p. 3), o sistema terá “[...] vários componentes [...] que produzem vários tipos de ações [...] segundo uma normatização própria [...] deve haver uma interligação e uma interação entre esses componentes...”.

O sistema, quando se fala de informação em saúde, é aberto proporcionando que suas características e variáveis sejam influenciadas pelo meio externo e retorna a ele para explicá-lo, permitindo ao gestor um planejamento estratégico. A união de algumas informações que “conversam” entre si, ou seja, tem uma correlação quanto aos canais de informação e as redes de informação podem ser agrupadas em um sistema, juntas terão a mesma finalidade e função, permitirão que se conheça de forma abrangente a realidade seja ela situacional, temporal ou pragmática (BAZZOTTI; GARCIA, 2006).

Existem várias definições sobre Sistemas de Informação em Saúde (SIS), a Organização Mundial da Saúde (OMS), para a Europa, conceitua o SIS, como:

“Sistema de Informação em Saúde é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças e que o propósito do sistema de informação em saúde é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e indivíduos que

planejam, financiam, administram, proveem, medem e avaliam os serviços de saúde” (BENITO,2009, p.449).

Não se discute a necessidade dos sistemas de informação em saúde, visto que nessa área são muitas e complexas as decisões a serem tomadas, mas as informações que são obtidas pelo sistema serão mais ou menos úteis dependendo de quem a vê, ou seja, para a tomada de decisão em saúde somente será informação aquele dado que for analisado e conhecido no seu contexto, e ainda assim pode não levar a certeza absoluta na escolha da alternativa para resolução de um problema por que toda informação em saúde carregará consigo a concepção e os valores de saúde daquele que a observa (FERREIRA, 2001).

Segundo Padoveze (2010) quanto mais valiosa é uma informação mais ela vai reduzir as dúvidas da melhor decisão a ser tomada, trará mais vantagens que por sua vez compensarão as despesas que foram necessárias para obtê-la e melhorará a qualidade da decisão.

Antes da efetivação do atual sistema de saúde, as ações que visavam à produção, o compilamento e a análise da informação em saúde poderia vir a cargo do Ministério da Saúde ou do Ministério da Previdência Social, sendo úteis e servindo esses dois órgãos, uma divisão que não era exclusiva da informação em saúde mas de toda a saúde já que havia na época a medicina previdenciária e a medicina sanitária (

Historicamente os marcos que compõem a criação e o avanço dos SIS são (BRASIL, 2004; CAMARGO Jr. *et al*, 2000; ALMEIDA, 1998):

- Desde o século XIX em nível mundial ocorre a valorização da epidemiologia e, portanto das informações em saúde pertinentes a ela e o começo do uso da estatística para quantificar eventos de saúde-doença;
- No século XX ocorre um avanço na computação e esta começa a se tornar instrumento de disseminação das informações em saúde;
- Na década de 1970 teve como principal acontecimento a compilação estatística realizada pelo Instituto Brasileiro Geográfico de Estatísticas (IBGE) que passou a processar e divulgar informações de saúde.
- Em 1975 houve a criação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) , Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e aconteceu a Reunião Nacional sobre Sistemas de informação de Saúde.
- Em 1985 ocorre a primeira iniciativa para descentralização dos SIS;
- Em 1986 foi composto o grupo técnico de informação em saúde;

- Em 1989 foi feito o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PROAIM);
- Em 1990 foi criado o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC);
- Ainda na década de 90 surgiram vários bancos de dados que disponibilizavam informações sobre eventos e produção de serviços em saúde (Sistema de Informações Hospitalares) e informações demográficas.
- A ANS passa a disponibilizar dados sobre a saúde complementar no Brasil.
- Em 1995, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) promoveu a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde.
- Em 1996 a Norma Operacional Básica (NOB-96) estabelece que os municípios operarem os SIS e que se não o fizessem o financiamento fundo a fundo estaria comprometido favoreceu então a descentralização. No mesmo ano o Ministério da Saúde, OPAS e outras instituições importantes criaram a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).
- No Brasil em 2003 o Ministério da Saúde deu prioridade à organização da informação em saúde dentro do SUS e elaborou nesse mesmo ano uma proposta de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Na 11ª e a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi reconhecida a necessidade de “garantir a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde” (BRASIL, 2004, p.5.) e a necessidade da criação de uma ponte de informação entre o Estado e a sociedade para garantir a população os princípios do SUS.
- Quando se necessitou analisar a demanda de informações geradas pelos serviços de saúde houve a necessidade da elaboração da PNIIS para direcionar a análise e conjecturar ações governamentais (tripartite) diante das necessidades do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) no Brasil, assim foi publicada em 2004 a PNIIS pautada nas recomendações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).
- Dentre as diretrizes da PNIIS em 2004 estava a consolidação do Registro Eletrônico da Saúde (RES) por meio da efetivação do Cartão Nacional de Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para realizar uma

identificação única e acessível de todos os usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2004). Outra diretriz que se destaca é:

“estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade de melhor atender a diversidade e complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde” (BRASIL, 2004, p. 17).

- Apesar da PNIIS de 2004 ter tido como meta diminuir o cenário exíguo de ligação entre os programas e projetos de informática na saúde no período da sua criação, não foi regulamentada, não houve a responsabilização institucional para realizar as ações propostas e não alcançou seu objetivo. Foi dito o que fazer, mas não se falou quem e como fazer, apesar da sua elaboração ter sido pautada em experiências bem sucedidas nacionais e internacionais na composição de políticas de informação em saúde, em vasta busca bibliográfica e na vivência e contribuição das três esferas de governo. Mesmo assim a PNIIS de 2004 abriu portas para a (cri)ação de normas no setor e se firmou como pilar para a nova PNIIS formulada em 2012 (BRASIL,2012a).
- Os antecedentes que contribuíram para a PNIIS em 2012 foram a portaria nº 2.072, de 31 de Agosto de 2011, que redefiniu o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde, sua formação e função para tentar assim a modernização e reformulação do SNIS e a portaria nº 2.073 de 31 de Agosto de 2011 que regulamentou o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS (em todos os níveis) e para os sistemas privados e de saúde suplementar (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011,b).
- A PNIIS de 2012 foi firmada no planejamento estratégico que começou em 2011 e traça planos até o ano de 2015, alinhados ao Plano Nacional de Saúde (PNS) e ao Plano Plurianual (PPA) foram traçados nesse planejamento 16 objetivos sendo o nono objetivo direcionado ao SNIS “Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável”, assim a PNIIS favorecerá uma gestão que planeja e toma decisões no âmbito da saúde, especificamente no campo da informação e informática, pautadas em

diretrizes que proporcionaram a extensão da qualidade e do alcance da informação em saúde (BRASIL, 2012a, p. 21).

- Outra iniciativa que impulsionou a PNIIS de 2012 foi a 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011) cujo relatório final publicado em 2012 trás a diretriz nº 12 que é construir a política de informação e comunicação e assegurar gestão participativa e eficaz ao SUS com estratégias que visam à transformação de vários sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2012b).
- Após os acontecimentos supracitados a PNIIS de 2012 (p.12-13) além de definir a reestruturação dos sistemas de informação em saúde do MS, trás suas diretrizes distribuídas em quatro temas:

#### **e-Gov**

1. Implementar esta Política conforme as diretrizes do governo eletrônico brasileiro;
2. Promover o incentivo e a articulação da capacidade de produção de software pelo setor público e pelo mercado de software em saúde, incluindo-se as iniciativas locais do SUS e as iniciativas de instituições de ensino e pesquisa, a fim de fomentar o potencial de geração de emprego e de exportação;
3. Estabelecer e manter atualizado um repositório nacional de software em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito que estejam em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade e interoperabilidade e segurança.

#### **e-Saúde**

1. Fortalecer as áreas de informação e informática e de atenção à saúde nas três esferas de governo, apoiando sua organização e desenvolvimento;
2. Promover a produção e disseminação de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa;
3. Promover estratégias e mecanismos para qualificar a produção da informação em saúde;
4. Criar mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas/processos de informação em saúde;
5. Estabelecer um padrão para e-Saúde que permita a construção de Registro Eletrônico de Saúde do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos/sistemas e ampliação e criação de infraestrutura híbrida de telecomunicação de alta persistência e com alta capacidade de tráfego de informações digitais;
6. Estimular o uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando

ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à assistência a saúde;

7. Estimular o uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos, para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro;

8. Utilizar diferentes veículos de comunicação, em suas mais variadas formas e tecnologias, para divulgar as diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à assistência à saúde;

9. Implementar o Projeto de Organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde.

#### **Gestão da PNIIS**

1. Implementar soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde;

2. Estabelecer mecanismos que favoreçam a criação e a manutenção de quadro permanente de profissionais de informação e informática em saúde;

3. Incentivar por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos a implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade;

4. Dotar a área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação;

5. O SUS definirá linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de TI em saúde, em articulação com agências financiadoras;

6. Adotar ações referentes à implementação desta PNIIS no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito do SUS.

#### **Formação de pessoal para o SUS**

1. Fazer constar/Inserir o uso da informação em saúde na formação, qualificação e educação permanente dos trabalhadores e gestores de saúde;

2. Promover a articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde;

3. Implementar o desenvolvimento de programas específicos na formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação em saúde.

(BRASIL, 2012a, p. 12-13).

- Um marco muito importante para o gerenciamento da informação no SUS é a elaboração da estratégia E-SUS Atenção Básica (E-SUS AB), que visa reorganizar o SIAB como parte da reestruturação dos SIS do Ministério da Saúde, engajada aos marcos anteriores essa estratégia tem como princípios:

- “1. Individualização dos dados (permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como a documentação das ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe);
2. Integração dos sistemas de informação oficiais na Atenção Básica (AB), bem como a integração desses sistemas com os outros sistemas do SUS;
3. Eliminação do retrabalho no registro dos dados e a automação dos processos de trabalho
4. Produção da informação para o usuário e para os profissionais com vistas à gestão e à qualificação do cuidado em saúde”. (BRASIL, 2014, p. 5).

#### **1.4 Compreensão da temática**

A lei 8080 estabelece no art. 7º, dentre outros, os seguintes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): “universalidade de acesso; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e divulgação de informações” (BRASIL, 1990). Tais princípios somente serão alcançados à medida que os profissionais responsáveis e participantes do sistema se apropriem das estratégias dispostas para melhorá-lo. Para Diniz (2011) o sucesso na concretização desses princípios depende da habilidade de desenvolver estratégias de gestão e maior competência das secretarias estaduais de saúde.

É preciso lembrar que no caso do Distrito Federal (DF) as atribuições são tanto as reservadas aos Estados quanto as reservadas aos Municípios, competência atribuída no Art. 19 da Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 1990). Sendo assim o DF eleva suas responsabilidades na gestão do SUS tornando então mais importante a capacidade institucional da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF).

O Distrito Federal é composto por 28 regiões administrativas e organizacionalmente a SES-DF conta com a seguinte estrutura: gabinete do secretário; coordenação de captação de órgãos e tecidos humanos; assessoria de comunicação social; assessoria de relações internacionais; assessoria jurídico-legislativa; ouvidoria; subsecretaria de vigilância à saúde; subsecretaria de administração geral; subsecretaria de planejamento, regulação, avaliação e controle; subsecretaria de atenção à saúde; subsecretaria de tecnologia da informação em saúde; subsecretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde; subsecretaria da atenção primária à saúde; subsecretaria de logística e infraestrutura da saúde; corregedoria da saúde e subsecretaria de gestão participativa. Os órgãos vinculados a SES-DF são: Fundação Hemocentro de Brasília, Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde, Fundo de Saúde e Conselho de Saúde do DF (BRASÍLIA, 2010).

Em 2011 segundo o relatório estatístico da SES-DF a rede assistencial contava com: 15 hospitais (regionais e de referência), três unidades mistas de saúde, uma Unidade de Pronto-Atendimento, um adolescento, 66 centros de saúde, 19 postos de saúde urbana, 23 postos de saúde rural, sete centros de atenção psicossocial, uma policlínica, dois laboratórios regionais, uma central de radiologia e 22 núcleos de inspeção (BRASÍLIA, 2011).

Uma das regiões administrativas do DF é a Ceilândia que possui uma população urbana de 398.374 habitantes (CODEPLAN, 2011). A rede assistencial dispõe de um hospital regional, 11 centros de saúde, um posto de saúde urbano, um posto de saúde rural, um centro de atenção psicossocial, um laboratório regional e um núcleo de inspeção (BRASÍLIA, 2011).

O presente estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde da Ceilândia e buscou a descrição da experiência dos enfermeiros da unidade com uma das estratégias da gestão do SUS – os sistemas de informação em saúde – e refletiu a partir daí sobre a sua importância no processo de tomada de decisão em saúde.

Vale ressaltar a necessidade da informação para estruturar a gestão e permitir decisões eficazes e eficientes garantidas por sistemas que gerem informações rápidas e de serventia ao profissional para poder realizar uma “fotografia” da situação e conduzir o planejamento de ações em saúde (DINIZ, 2011).

Os sistemas de informação servirão de base para que a instituição de saúde consiga alcançar seus objetivos e sendo estes sistemas ágeis, fies a realidade, estruturados, organizados de forma uniforme e sólidos, os objetivos serão alcançados da melhor forma possível por meio de informações que possibilitem conhecer todas as opções e escolher a melhor alternativa, avaliando os riscos de cada escolha (DINIZ, 2011).

Foi pela necessidade de saber quais os sistemas de informação usados na prática do dia-a-dia e o uso feito pelo profissional enfermeiro da atenção básica que se justificou a realização deste estudo, analisando o uso dos sistemas de informação, como um fenômeno.

O objetivo da pesquisa é entender qual é a experiência do enfermeiro da atenção básica com os sistemas de informação e refletir a importância dos sistemas de informação e o seu uso para o processo de tomada de decisão em saúde.

## 2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: PERCORRENDO UM CAMINHO PARA A COMPREENSÃO DO FENÔMENO

### 2.1 Abordagem do Estudo

A metodologia de uma pesquisa é de suma importância, Minayo (1993, p. 240) justifica tal importância quando diz que “o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação”. Como *fio condutor* o tipo de estudo a ser realizado é qualitativo.

A abordagem é discutida por Gil et. al (2006) pode-se elencar duas razões para realizar no presente estudo a abordagem qualitativa: a primeira razão é pelo fato de se objetivar por meio da análise do contexto dos enfermeiros as possíveis respostas quanto a inquietação do pesquisador, a segunda razão é por se tratar de um estudo flexível quanto aos diversos resultados que não serão verdades absolutas mas a realidade encontrada no discurso do grupo entrevistado.

A intenção foi realizar uma pesquisa explicativa que “visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o porquê das coisas.” (GIL, 2002, p. 42).

### 2.2 Fenomenologia

O método usado nessa pesquisa será a fenomenologia. Oliveira e Cunha (2008) *apud* Bello (2006, p.17-18) diz: “Fenomenologia é uma reflexão sobre um fenômeno ou sobre aquilo que se mostra”. Santos (1999) *apud* Martins; Bicudo (1989) diz que a fenomenologia busca ver o fenômeno na sua essência, ou seja, sem pré-conceitos, explicações prévias, vendo-os por meio de uma nova perspectiva, diferente daquelas já colocadas. Oliveira (2008) descreve o papel da fenomenologia como uma forma de ver o mundo e a essência de tudo.

Oliveira (2008) descreve a análise da origem da palavra fenômeno, realizada por Martins *et al.* (1990, p. 141) concluindo que este significa: “discurso esclarecedor que se mostra ao sujeito interrogador” e que o verbo que origina a palavra fenômeno é *phanesthai*, ou seja, ‘mostra-se, desvela-se’ [...] a consciência daquele que o questiona (OLIVEIRA, 2008, p.3, grifo no original).

Assim a intenção da fenomenologia é “abordar o fenômeno diretamente, interrogando-o, tentando descrevê-lo e procurando captar sua essência.” (MARTINS; BICUDO, 1983, p. 10). Para conseguir realizar a pesquisa fenomenológica o interrogador deve abster-se do mundo natural e suas proposições, por meio da *epoché* fenomenológica, onde o pesquisador deve *esquecer*, ou seja, suspender o que sabia a respeito do fenômeno e privar-se dos seus pré-

julgamentos para poder então descrever o fenômeno detalhadamente e em sua essência e assim analisá-lo. (MARTINS *et al*, 1990, grifo meu).

### **2.3 Situando o fenômeno**

O cenário da pesquisa é o centro de saúde número oito da Ceilândia, e os colaboradores da pesquisa são enfermeiros que trabalham neste local e vivenciam o fenômeno.

A justificativa para a escolha deste local se deu pelas características funcionais da unidade. O centro de saúde funciona como uma unidade de atenção básica tradicional, no modelo de demanda espontânea da população, mas também possui sete equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma de PACS. Estas equipes estão fazendo os devidos ajustes de acordo com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de atender os critérios estabelecidos para cadastramento de equipes de saúde da família junto ao Ministério da Saúde. O centro de saúde atende as especialidades: ginecologia, clínica médica, pediatria, além de programas como o programa de apoio ao adolescente e sua família (PRAIA), existem enfermeiros que atuam dentro da vigilância epidemiológica, no controle de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Por possuir estas características e tais profissionais essa unidade permitirá conhecer a vivência de enfermeiros que lidam com os mais diversos sistemas de informação, como, por exemplo, o sistema de informação da atenção básica, o sistema de informação de agravos de notificação, o sistema de mortalidade, o sispre natal e outros.

### **2.4 Obtendo as descrições**

Fiz a pergunta norteadora do trabalho “Qual é a sua experiência com os sistemas de informação em saúde?” a cada enfermeiro da unidade de saúde. Comecei as entrevistas me apresentando, explicando e descrevendo o meu trabalho, apresentei o TCLE e a aprovação do CEP, solicitei a colaboração e a permissão para gravar o áudio da conversa, expliquei que não havia limite de tempo. Algumas vezes surgiram as perguntas: “De quais sistemas de informação você está falando?” “A senhora diz todos os sistemas que a gente usa? Por que tem vários sistemas... Aqueles sistemas do ministério?” Respondi que era para considerar como SIS todos aqueles que ele entendia como tal. Após a assinatura do TCLE comecei a ouvi-los, sempre na busca de manter uma postura fenomenológica, me mostrei interessada em seus discursos de forma empática e não os interrompi ou fiz outros questionamentos, de forma de que o discurso pudesse ser espontâneo, significando melhor a sua experiência. Após as entrevistas realizei a transcrição literal dos depoimentos.

As entrevistas foram suspensas quando foi alcançado o fenômeno da invariância, descrita por Santos (1999), como sendo a repetição das falas e então a descoberta do fenômeno. Sendo assim do total de 15 enfermeiros do centro de saúde, houveram 8 entrevistas.

Aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF o projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sob número 239.781.

Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa assinaram antes da entrevista um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre os objetivos e esclarecendo que os dados pessoais serão confidenciais ao pesquisador. Assim, codifiquei os entrevistados com nomes de deuses da mitologia.

Seus nomes foram trocados por heróis da mitologia grega por que esses heróis estavam em posição intermediária entre Deus e os homens, eles possuíam poderes especiais, características superiores aos humanos, mas eram mortais. Com suas características superiores venciam os inimigos em situações consideradas impossíveis aos humanos, mesmo assim tinham as fraquezas humanas, todos eles tinham qualidades infindáveis e fraquezas conhecidas. Atribui o nome do guerreiro as características percebidas em cada profissional e analogicamente o profissional enfermeiro é no cenário atual um guerreiro às vezes com capacidades sobre humanas, às vezes com fraquezas expostas por um sistema ainda em (re) construção.

## 2.5 Análise do Discurso

Segundo Santos *apud* Martins (1992) o caminho fenomenológico é descrito em três etapas:

- A descrição - diálogo com o entrevistado a partir da pergunta norteadora e a emissão de informações sobre o tema, a descrição é então a experiência do sujeito que se associa ao entrevistador. O entrevistado terá seu discurso desvelado por meio da elucidação do interrogador. A descrição é composta pela percepção, a consciência da vivência e o sujeito que a vivencia.
- A redução – é quando o interrogador escolhe o que é essencial da descrição do sujeito, por meio da variação imaginativa, onde ele imagina se as partes do discurso fazem ou não parte da experiência, a partir daí seleciona a descrição que faz parte experiência, encontrando-a.

- A compreensão – é a colocação da redução somada à descrição obtendo o significado essencial das duas, o resultado são as unidades de significado e mostrará a experiência e a consciência que o sujeito tem do fenômeno.

Os discursos foram analisados por meio do método proposto por Martins e Bicudo (1989) onde os resultados serão vistos como fenômeno e não como fato. Santos (1999) *apud* Martins e Bicudo (1989) descrevem as quatro etapas para o método da análise qualitativa do fenômeno vivenciado pelo sujeito:

O primeiro refere ao “sentido do todo” onde lê a descrição do discurso do sujeito para conhecer a finalidade, ou seja, o objetivo de tudo que ele disse assim o pesquisador necessita se aproximar de tudo que compôs o discurso para elucidar e poder prosseguir sua análise. O segundo momento corresponde a “discriminação das unidades de significado” em que se identifica através de atitudes durante o relato sendo estas interpretadas (SANTOS, 1999 *apud* MARTINS E BICUDO, 1989).

O terceiro momento é a reflexão sobre o que foi observado desvendando o discurso da ingenuidade no relato do sujeito. O quarto momento é a formulação de proposições, ou seja, associações teóricas e empíricas, manifestando assim a *fotografia* e propostas para explicar a manifestação, ou seja, o fenômeno observado pelo pesquisador (SANTOS, 1999 *apud* MARTINS E BICUDO, 1989, grifo meu).

### **3.1 APRESENTAÇÃO E COMPREENSÃO DOS DISCURSOS**

#### **3.1 Contextualização Situacional**

Apresenta-se neste item de forma breve algumas características de cada entrevistado para finalidade de contextualizar a vivência do sujeito ao cenário de vida. Expõe-se o estado civil, idade, local de nascimento, tempo e local de formação e a realização de pós-graduação, mestrado e/ou doutorado. Em relação ao gênero todos foram colocados de forma masculina a fim de unificar o registro e permitir o sigilo de identidade.

##### **Enfermeiro Aquiles:**

Enfermeiro da pediatria, Casado, 48 anos, nasceu no Estado de Minas Gerais se formou há 30 anos na Universidade Federal de Minas Gerais, fez pós-graduação em saúde pública e medicina de família.

##### **Enfermeiro Hércules:**

Enfermeiro gerencial, Casado, 47 anos, nasceu em Iubatinga – SP se formou há 22 anos na Pontifícia Universidade Católica de Goiás e fez pós-graduação em didática e metodologia do Ensino Superior.

**Enfermeiro Teseu:**

Enfermeiro da obstetrícia (pré-natal), Divorciado, 33 anos, nasceu em Brasília, se formou há 14 anos na Universidade de Brasília e fez duas pós-graduações em saúde pública e enfermagem do trabalho, bem como mestrado em saúde da mulher.

**Enfermeiro Agamenon:**

Enfermeiro da vigilância epidemiológica, Casado, 55 anos, nasceu em Anápolis – GO se formou há 32 anos na Universidade Federal de Mato Grosso fez pós-graduação em Obstetrícia.

**Enfermeiro Perseu:**

Enfermeiro gerencial, Casado, 47 anos, nasceu em Barra do Corda – MA, se formou há cinco anos na Unieuro e fez duas pós-graduação em saúde pública e saúde da família.

**Enfermeiro Ajax:**

Enfermeiro do PSF/gerencial, Casado, 30 anos, nasceu em Uberlândia - MG se formou há seis anos na Universidade Federal de Uberlândia e fez pós-graduação em Nefrologia.

**Enfermeiro Édipo:**

Enfermeiro gerencial, Casado, 33 anos, nasceu em Brasília, se formou há cinco anos na Universidade Paulista fez mais uma graduação em pedagogia (docência de ensino superior) e pós-graduação em cardiologia e preceptoria do SUS.

**Enfermeiro Cadmo:**

Enfermeiro assistencial, casado, 46 anos, nasceu em Parnaíba - PI se formou há 18 anos na Universidade de Brasília fez especialização em saúde pública.

Além desses foram entrevistados mais três enfermeiros que responderam que não tinham experiência alguma com os sistemas de informação em saúde.

### **3.2 Análise Ideográfica**

O discurso do enfermeiro Aquiles foi usado como exemplo para situar o leitor de como a análise ideográfica foi realizada. Os demais discursos e suas análises ideográficas encontram-se no anexo A.

#### **3.2.1 AQUILES**

“Ah... bom o SIM, SINASC, SISVAN... Sim a gente usa aqui, por exemplo, o SISVAN a gente usa aqui na pediatria. A gente tava meio assim... não tava utilizando os

dados, não tava alimentando o sistema com os dados das nossas crianças, aí nós passamos a utilizar também na pediatria e também na clínica médica pra fazer um perfil epidemiológico dos nossos pacientes. **Não tava utilizando por que penso eu, que faltava gestão, né? Faltava alguém pra dizer assim: ‘vamos usar o sistema’,** no centro de saúde que eu fui gerente, lá a gente usava já há bastante tempo, a gente alimentava o sistema principalmente com as doenças, as DST's, a gente já fazia a orientação há bastante tempo. Os outros a gente quase... **Geralmente a gente usa bem especificamente aqui de acordo com o que trabalha, agora, os outros a gente não utiliza, por exemplo, se você ta na pediatria você vai utilizar os sistemas voltados à pediatria, se tá na clínica médica usa os... né? Quando eu falo em usar eu digo alimentar o sistema, você ter contato, colocar os dados e produzir estatísticas, né?** Na verdade é bem assim moça, quando eu trabalhava na GAPESP nós fizemos um trabalho super bacana lá, sabe, e **justamente impulsionar com que as pessoas utilize dados, por que fazer saúde sem produzir dados estatísticos não tem lógica, a gente não conhece a população,** que nem aqui, por exemplo, olha só, a gente ta tentando iniciar aqui na pediatria, a gente pegar dados... **a gente já faz isso, mas de forma muito incipiente, por exemplo, quais as crianças que estão em aleitamento materno exclusivo, quando introduziu um novo alimento, essas coisas assim... então a gente conhece,** mas aqui é difícil por que a gente tem duas populações diferentes, o centro de saúde atende o Sol Nascente e atende a área tradicional, não é? **Então se eu disser pra ti que eu to introduzindo um dado aqui das crianças lá do Sol Nascente juntamente com as daqui da área tradicional os dados não são verídicos não... Porque as populações são específicas, Por exemplo, se a gente conseguisse fazer aqui do centro de saúde, da área tradicional, quantas crianças a gente atende, quais são as doenças prevalentes nessas crianças, entendeu? Mas como a gente atende outras crianças o dado que eu vou lançar é um dado mentiroso, não é?** Então tem que ser uma coisa mais bem organizada, por exemplo, **o PSF que é uma área bem... Como se fala? Tem uma área de abrangência limitada, você tem como conhecer, lançar tudo no sistema, tudo direitinho,** aqui o que ocorre a demanda a gente tem de Águas Lindas, do INCRA, a gente tem Santo Antonio do Descoberto, eu faço isso aqui, eu vejo que as mulheres trazem, as puérperas trazem um comprovante de residência que na verdade não é o comprovante de residência delas, é um emprestado, entendeu? Então a população, se pega a população de um centro de saúde, do P- Norte dá em torno de uns 48 mil, a gente tem cento e poucos mil prontuários... **Não tem como, então a aplicação também, a mobilidade social, não tem como fazer a aplicação do sistema,** por exemplo, daqui a pouco eu vou investigar um óbito fetal, **quer dizer não tem tempo,** se eu sair daqui,

tem um monte de mãe aqui pra eu agendar, por que tem que fazer a investigação ver do que morreu pra eu lançar no sistema, essas coisas dificultam, **aí eu tenho que ir com meu carro, gastar minha gasolina**, entendeu? **Mas a gente tem que fazer independente disso, dessas dificuldades a gente faz...** já tava quase saindo...aí esse formulário aqui é de investigação de óbito infantil, então esse tem que ser realizado de qualquer jeito, saber qual foi a causa do óbito da criança e etc. e tal, entendeu? Pra gente poder alimentar o sistema. O sistema assim... **Na verdade assim se a gente for observar a gente usa pouco o sistema, o sistema é o medo do povo da tecnologia, tem gente que tem resistência à tecnologia, o sistema Track Care, né? Que foi instalado, tem gente que não mexe, tem gente que não sabe fazer nada, né? Então ai o que ocorre, ai o sistema não fica alimentado.** Penso eu que as estatísticas que são realizadas sobre morte fetal, o próprio SISVAN... **Por que olha um paciente que contraiu uma DST no lugar X, ele não procura um centro de saúde da abrangência dele, Ele procura outro, por que lá ele conhece os servidores... então o que ocorre, os dados eles não são muitas vezes verídicos. Então resumindo as dificuldades que vi no sistema, são em disponibilizar o sistema, em treinar as pessoas, por que se colocar o sistema as pessoas não vão utilizar por que eles não tem treinamento,** esse sistema do Track Care que é um sistema fácil de manipular, as pessoas tem medo dele, imagine um sistema mais complexo, que tem várias planilhas pra você colocar dados etc. e tal... Quer ver? Olha aqui as folhas de preenchimento do SISVAN, ta aqui, **olha a gente tem que preencher todo o sistema, você pode ver que são muitos dados, é uma ficha muito extensa, olha o tempo que você demanda, é preenchido lá na triagem, e lá só tem dois servidores, pra triar às vezes 30 crianças e ao mesmo tempo lançar no sistema Track Care e há mesmo tempo lançar os dados do SISVAN, entendeu? As pessoas fazem, com muita dificuldade, mas fazem. Você teria que ter uma ambiente mais propicio uma demanda menor de pacientes, pra você fazer um serviço de qualidade, o grande problema é você ter uma quantidade exagerada de pacientes, pra poucos servidores e precisar alimentar um sistema que é extenso...** olha só, se você observar, olha a quantidade de informação que você tem que perguntar a mãe, então isso demanda de que? De quinze minutos mais ou menos, é extenso por isso que as pessoas não fazem, olha aqui, endereço, bairro, telefone, cor, as doenças, se faz ou não acompanhamento aqui com a gente, tá vendo, são dados demais pra pouco profissional, então isso dificulta que os sistemas sejam alimentados, isso é só pra você ter uma noção, por exemplo, se você ver a ficha de investigação de óbito infantil, ela é extensa, é grande, uma cinco, seis folhas moça, você fica uma hora, uma hora e meia, na casa da pessoa, entendeu? Então podia ser uma coisa mais resumida, mas não é ai dificulta que o trem seja

feito. Como se fala? De uma forma mais rápida, ‘criança comeu assistindo televisão? Criança come feijão?’ **Então a dificuldade de alimentar sistemas é tamanho, é quantidade de perguntas”.**

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Não tava utilizando por que penso eu, que faltava gestão, né? Faltava alguém pra dizer assim: ‘vamos usar o sistema’.</p> <p>b) Geralmente a gente usa bem especificamente aqui de acordo com o que trabalha, agora, os outros a gente não utiliza, por exemplo, se você ta na pediatria você vai utilizar os sistemas voltados à pediatria, se tá na clínica médica usa os (...).</p> <p>c) Quando eu falo em usar eu digo alimentar o sistema, você ter contato, colocar os dados e produzir estatísticas (...).</p> <p>d) (...) Justamente impulsionar com que as pessoas utilize dados, por que fazer saúde sem produzir dados estatísticos não tem lógica, a gente não conhece a população (...).</p> <p>e) (...) a gente já faz isso, mas de forma muito incipiente, por exemplo, quais as crianças que estão em aleitamento materno exclusivo, quando introduziu um novo alimento, essas coisas assim... então a gente conhece (...).</p> <p>f) (...) Porque as populações são específicas, por exemplo, se a gente conseguisse fazer aqui do centro de saúde, da área tradicional, quantas crianças a gente atende, quais são as doenças prevalentes nessas crianças, entendeu? (...).</p> <p>g) Então se eu disser pra ti que eu to introduzindo um dado aqui das crianças lá do Sol Nascente juntamente com as daqui da área</p>	<p>a) Sentiu que não utilizava o sistema por que faltava gestão. Faltava a decisão gerencial de usar o sistema.</p> <p>b) São utilizados sistemas específicos de acordo com a área em que atua.</p> <p>c) Usar o sistema é alimentá-lo e produzir estatísticas.</p> <p>d) A produção de dados estatísticos faz com que se conheça a população atendida.</p> <p>e) Levantamento de dados ainda é feito de forma incipiente, mas se conhece algumas características da população.</p> <p>f) A população é específica por área e a estatística é feita incluindo uma população que não é da área de abrangência do centro de saúde.</p> <p>g) O dado é um dado mentiroso, não é verídico por que a população atendida não é moradora da área de abrangência.</p> <p>h) A área de abrangência limitada do PSF permite conhecer a população e alimentar o sistema.</p> <p>i) Não tem como aplicar o sistema por causa da mobilidade social, falta de tempo e falta de investimento financeiro.</p> <p>j) Faz a alimentação do sistema e que tem que fazer mesmo com as dificuldades.</p> <p>k) Usa pouco o sistema.</p>

<p>tradicional os dados não são verídicos não (...) mas como a gente atende outras crianças o dado que eu vou lançar é um dado mentiroso, não é?</p> <p>h) (...) o PSF que é uma área bem... como se fala? Tem uma área de abrangência limitada, você tem como conhecer, lançar tudo no sistema, tudo direitinho (...).</p> <p>i) Não tem como, então a aplicação também, a mobilidade social, não tem como fazer a aplicação do sistema (...) não tem tempo (...) aí eu tenho que ir com meu carro, gastar minha gasolina (...).</p> <p>j) (...) Mas a gente tem que fazer independente disso, dessas dificuldades a gente faz...</p> <p>k) Na verdade assim se a gente for observar a gente usa pouco o sistema (...).</p> <p>l) (...) o sistema é o medo do povo da tecnologia, tem gente que tem resistência à tecnologia, o sistema Track Care, né? Que foi instalado, tem gente que não mexe, tem gente que não sabe fazer nada, né? Então aí o que ocorre, aí o sistema não fica alimentado (...).</p> <p>m) (...) um paciente que contraiu uma DST no lugar X, ele não procura um centro de saúde da abrangência dele, ele procura outro, por que lá ele conhece os servidores... então o que ocorre, os dados eles não são muitas vezes verídicos (...).</p> <p>n) (...) as dificuldades que vi no sistema, são em disponibilizar o sistema, em treinar as pessoas, por que se colocar o sistema as pessoas não vão utilizar por que eles não tem treinamento (...).</p> <p>o) (...) olha a gente tem que preencher</p>	<p>l) Os profissionais tem medo e resistência à tecnologia, um exemplo, é o Track Care® que às vezes não é alimentado por que tem profissionais que não mechem no sistema.</p> <p>m) Os dados não são verídicos por que o paciente muitas vezes procura uma unidade por conhecer seus servidores e não mora na área de abrangência da mesma.</p> <p>n) Viu como dificuldades do sistema foi sua disponibilização e em treinar os profissionais.</p> <p>o) Alimentar o sistema demanda muito tempo e existem poucos profissionais pra isso.</p> <p>p) Mesmo com as dificuldades os profissionais fazem a alimentação do sistema.</p> <p>q) Pra ter um sistema de qualidade teria que ter um ambiente mais propício, menor demanda de pacientes e os problemas são demanda exagerada de pacientes, poucos servidores e sistemas com ficha de preenchimento extensa que dificulta a alimentação do sistema.</p>
--	--

<p>todo o sistema, você pode ver que são muitos dados, é uma ficha muito extensa, olha o tempo que você demanda, é preenchido lá na triagem, e lá só tem dois servidores (...).</p> <p>p) (...) as pessoas fazem, com muita dificuldade, mas fazem.</p> <p>q) (...) você teria que ter uma ambiente mais propicio, uma demanda menor de pacientes, pra você fazer um serviço de qualidade, o grande problema é você ter uma quantidade exagerada de pacientes, pra poucos servidores e precisar alimentar um sistema que é extenso (...) então a dificuldade de alimentar sistemas é tamanho, é quantidade de perguntas.</p>	
--	--

### 3.2.2 A tematização das unidades de significado

#### Tema

##### A. Vivenciando os SIS

	Interpretação
<p>a) Sentiu que não utilizava o sistema por que faltava gestão. Faltava a decisão gerencial de usar o sistema.</p> <p>b) São utilizados sistemas específicos de acordo com a área em que se atua.</p> <p>c) Usar o sistema é alimentá-lo e produzir estatísticas.</p> <p>j) Faz a alimentação do sistema e que tem que fazer mesmo com as dificuldades.</p> <p>k) Usa pouco o sistema.</p> <p>p) Mesmo com as dificuldades os profissionais fazem a alimentação do sistema.</p>	<p>Devido à falta de incentivo gerencial, houve um tempo em que o sistema não foi utilizado, quando passou a ser utilizado. Os sistemas usados são específicos para a área onde se atua. Considera-se que usar o sistema é alimenta-lo e assim produzir estatísticas, os mesmos são alimentados mesmo diante das dificuldades, mesmo assim usa-se pouco os sistemas de informação em saúde. (Aquiles a, b, c, j, k e p)</p>

## B. Gerenciando a tomada de decisão em saúde através dos SIS

	Interpretação
d) A produção de dados estatísticos faz com que se conheça a população atendida.	Os sistemas de informação em saúde são importantes para conhecer a população a que se atende. (Aquiles d)

## C. Refletindo sobre a veracidade da informação

	Interpretação
g) O dado é um dado mentiroso, não é verídico por que a população atendida não é moradora da área de abrangência. m) Os dados não são verídicos por que o paciente muitas vezes procura uma unidade por conhecer seus servidores e não mora na área de abrangência da mesma.	A população que procura o centro de saúde algumas vezes não mora na área de abrangência e assim o dado deixa de ser verídico. (Aquiles g e m)

## D. Analisando os SIS

	Interpretação
e) Levantamento de dados ainda é feito de forma incipiente, mas se conhece algumas características da população. f) A população é específica por área e a estatística é feita incluindo uma população que não é da área de abrangência do centro de saúde. h) A área de abrangência limitada do PSF permite conhecer a população e alimentar o sistema. i) Não tem como aplicar o sistema por causa da mobilidade social, falta de tempo e falta de investimento financeiro. l) Os profissionais têm medo e resistência à tecnologia, um exemplo, é o Track Care® que às vezes não é alimentado por que tem profissionais que não mechem no sistema. n) Viu como dificuldades do sistema a disponibilização e o treinamento dos profissionais. o) Alimentar o sistema demanda muito tempo e existem poucos profissionais pra isso. q) Pra ter um sistema de qualidade teria que ter um ambiente mais propício, menor	A população atendida não corresponde aquela que mora na área de abrangência da unidade de saúde causando um viés nas estatísticas levantadas, a mobilidade social, falta de tempo dos profissionais, falta de investimento financeiro, resistência dos profissionais a tecnologia, falta de treinamento dos profissionais, forma de disponibilização dos SIS, carência de profissionais diante da demanda excessiva de pacientes, contribuindo para que os sistemas não sejam alimentados, falta de ambiente adequado para realizar a alimentação dos SIS e preenchimento extenso dos SIS são os aspectos deficitários e problemáticos levantados para o uso dos SIS. Dentre as características qualitativas dos SIS discorre sobre o profissional conhecer algumas características da população atendida mesmo quando o levantamento de dados é feito de forma incipiente, além disso, a limitação da atuação do PSF em uma área específica possibilita um maior conhecimento da equipe a cerca da população e melhor

<p>demanda de pacientes e os problemas são demanda exagerada de pacientes, poucos servidores e sistemas com ficha de preenchimento extensa que dificulta a alimentação do sistema.</p>	<p>alimentação do sistema. (Aquiles e, f, h, i, l, n, o e q)</p>
--	--

### 3.3 A Análise nomotética

A análise nomotética, procura desvelar a essência do fenômeno e trazer as discussões relacionadas à temática.

#### 3.3.1 O agrupamento das unidades de significado interpretadas

Após a realização da análise ideográfica de cada um dos discursos foi feita a análise nomotética, ou seja, o agrupamento das unidades de significado entre os quatro temas:

- A - Vivenciando os SIS
- B - Gerenciando a tomada de decisão através dos SIS
- C - Refletindo sobre a veracidade da informação
- D - Analisando os SIS

#### A - Vivenciando os SIS

1. Quando não há incentivo da gestão, os SIS podem não serem utilizados, quando são usados os sistemas são específicos para a área onde se trabalha. Considera-se que usar o sistema é alimentá-lo e assim produzir estatísticas, mesmo diante das dificuldades são alimentados, mas usa-se pouco os sistemas de informação em saúde (Aquiles- a, b, c, j, k e p).
2. Enfermeiros que trabalham em hospitais tem pouca experiência prática com os SIS. O contato do profissional pode ser teórico, conhecendo a forma de alimentar, a existência de alguns sistemas, e alguns podem saber da existência do sistema, porém sem saber o seu significado. O profissional que está na gestão não tem vivência nos SIS por que quem faz as notificações é o profissional específico de cada setor no centro de saúde (Hércules, a, b, c, d).
3. O profissional trabalha com os SIS específicos da área/setor em que está inserido (Agamenon, a).

4. É preciso mais tempo no cargo de chefia para ter mais experiência com os SIS (Perseu, d).
5. Enfermeiro do PSF tem contato com o SIAB e sabe o seu fluxo e forma de alimentação do sistema. O enfermeiro que atua na assistência hospitalar não vivência os SIS, ainda mais se esse hospital for particular (Ajax – c, d).
6. Trabalhar no PSF leva ao contato com o SIAB. Alimentar os sistemas e depois repassa-los a outro órgão que analisa as informações e então repassa ao MS torna o sistema mais funcional (Édipo– a, e).
7. Os sistemas Track Care, SINASC, SINAN e SIAB precisam ser alimentados quando são feitos procedimentos pelo profissional, sendo necessário posteriormente fazer a estatística desses sistemas (Teseu – a).
8. O enfermeiro assistencial não tem contato com os SIS, pois só passam o quantitativo de atendimentos e a partir deste, outra pessoa faz as estatísticas, logo como não lida diretamente com as estatísticas, desconhece as siglas e seus significados. Os enfermeiros de PSF fornecem o dado diretamente aos SIS, já os assistenciais repassam as informações pedidas (Cadmo – a, b, e, f).

#### **B - Gerenciando a tomada de decisão através dos SIS**

9. Os sistemas de informação em saúde são importantes para conhecer a população a que se atende (Aquiles– d).
10. Os SIS são importantes na tomada de decisão porque evidenciam as ações de promoção que estão sendo realizadas através da investigação do profissional a cerca da situação de saúde da área de abrangência da unidade, sendo assim alimentar o sistema significa fazer a avaliação do estado de saúde do paciente/população (Hércules - f, h).

11. Alimentar os SIS tem como objetivo evidenciar os problemas de saúde e suas causas em determinada área bem como determinar as estratégias de trabalho do MS para combater os problemas encontrados. Uma alimentação muito importante é a notificação de Doenças compulsórias (Agamenon – b, d).
12. As estatísticas relacionadas ao óbito materno-infantil são discutidas pela equipe de saúde a fim de estabelecer causalidade e relação com a assistência prestada (Perseu– e, f).
13. A informação é a prioridade para a equipe e essencial para alcançar os objetivos, metas e o planejamento traçado pela equipe. Além disso, a informação é importante para se definir o perfil da população atendida (Ajax – b, e).
14. Os SIS fornecem dados estatísticos que geram indicadores e dados sobre a população atendida, equipes que atendem essa população. Todas essas informações geram o investimento do governo no setor (Édipo– c).
15. As estatísticas geradas pelos sistemas de informação são responsáveis pelo planejamento do serviço, como por exemplo, número de vagas a serem disponibilizadas para alcançar o público-alvo, metas a serem alcançadas e produtividade do serviço, essas informações são passadas da gerência para o profissional (Teseu – b).

### **C - Refletindo sobre a veracidade da informação**

16. A população que procura o centro de saúde algumas vezes não mora na área de abrangência e assim o dado deixa de ser verídico (Aquiles – g, m).
17. O dado mostra claramente o estado da população e não pode ser considerado mentiroso (Hércules - g).
18. Devido à falta de treinamento dos profissionais para alimentar os SIS os dados sobre mortalidade não são confiáveis (Agamenon – f).

19. Devido à alimentação do sistema não ser constante os dados não podem ser considerados fidedignos (Édipo – f).
20. A alimentação dos sistemas não é feita de forma correta, assim o dado não é verídico. O atraso das informações defasa o sistema (Teseu – i).

#### **D - Analisando os SIS**

21. Coloca-se que a população atendida não corresponde aquela que mora na área de abrangência da unidade de saúde causando um viés nas estatísticas levantadas, a mobilidade social, falta de tempo dos profissionais, falta de investimento financeiro, resistência dos profissionais à tecnologia, falta de treinamento dos profissionais, forma de disponibilização dos SIS, carência de profissionais diante da demanda excessiva de pacientes - contribuindo para que os sistemas não sejam alimentados - falta de ambiente adequado para realizar a alimentação dos SIS e preenchimento extenso dos SIS são os aspectos deficitários e problemáticos levantados para o uso dos SIS. Dentre as características qualitativas dos SIS considera-se que o profissional conhece algumas características da população atendida mesmo quando o levantamento dos dados é feito de forma incipiente, além disso, a limitação da atuação do PSF em uma área específica possibilita conhecer melhor a população atendida e assim realizar a alimentação do sistema com mais qualidade (Aquiles – e, f, h, i, l, n,o,q).
22. Um aspecto qualitativo é o recebimento dos dados organizados e analisados, para serem então interpretados e usados pelo profissional (Hércules - e).
23. O aspecto qualitativo dos SIS é a agilidade e rapidez que a informatização proporciona na busca do dado. Dentre os aspectos deficitários está a não totalidade da informatização, levando a burocracia para os procedimentos que ainda não são feitos de forma informatizada, assim o cartão SUS é imprescindível para corrigir tal deficiência (Agamenon – c, e, g).
24. O enfermeiro reconhece como importante, os SIS e a sua influência sobre o serviço. Dentre seus aspectos qualitativos está à rapidez na obtenção da informação e a otimização do trabalho com a obtenção do acesso rápido a informação. Dentre os

aspectos deficitários está a deficiência de instrumentos de veículo dos SIS, como a conexão lenta da internet (Perseu, a, b, c).

25. Os enfermeiros reconhecem a importância dos SIS (Ajax – a).
26. Os aspectos deficitários incluem a limitação das informações passadas a nível central sobre as ações realizadas no PSF, muitas delas são informadas informalmente e não recebem recurso financeiro para a realização. Logo as ações realizadas na atenção primária são muito mais abrangentes do que aquilo que é pedido na alimentação dos sistemas. Outro aspecto deficitário é a alimentação dos sistemas feita de forma incorreta por falta de recursos humanos e esta acontece por erros gerenciais (Édipo –b, d, g).
27. A alimentação dos sistemas de informação não é direta por que eles não estão interligados, logo o trabalho de alimentar é feito várias vezes. Também não há um retorno ao profissional que está na ponta do serviço, sobre as informações alimentadas (Teseu, a).
28. A otimização do atendimento aconteceu com a implantação do Track Care, mas procedimentos que ainda não foram informatizados demoram a ser feitos, os SIS ainda estão fragmentados nos níveis de atenção em saúde e distribuídos de forma desigual entre elas. A falta de efetividade da ferramenta (SIS) leva a não utilização da mesma, bem como a falta de condições favoráveis ao seu uso (gerador de energia) (Teseu – c, d, e, f, g, h, j).
29. Não há um retorno dos dados fornecidos pelo profissional e por isso o enfermeiro assistencial somente tem os dados dos pacientes que acompanha. A informatização facilitou a busca do dado, mas tornou o processo mais demorado pela falta de agilidade do profissional com a tecnologia (Cadmo – c, d, g).

### 3.3.2 Análise das Convergências e Divergências

Todos os temas agrupados na análise nomotética foram enumerados de 1 a 29 e relacionadas às proposições essenciais que surgiram (em negrito).

O primeiro tema “Vivenciando os SIS” evidencia que **o contato e o tipo de SIS são direcionados pela área em que o enfermeiro atua**, como mostra as unidades 1, 2 e 3. As falas que atesta tal proposição são:

“Geralmente a gente usa bem especificamente aqui de acordo com o que trabalha, agora, os outros a gente não utiliza, por exemplo, se você tá na pediatria você vai utilizar os sistemas voltados à pediatria, se tá na clínica médica usa os... né?” (Aquiles,b)

“(...) mas essas notificações que são feitas no centro de saúde, não, não tenho essa vivência, até porque quando você tá na gestão você já tem as chamadas, caixinhas, né? Que preenchem essas notificações, igual essa aqui, quem preenche essa aqui são as meninas da sala da criança, provavelmente se ela me passar o bloco das gestantes vão ser as meninas da sala da mulher que vão fazer e o adulto é ela (nutricionista) que faz (...)”. (Hércules, d)

“Olha todos os nossos sistemas de informações em termo de dados e estatísticas nos setores que a gente trabalha dentro do hospital que é minha maior vivencia são diferenciados por especialidade você trabalha, no centro obstétrico, você tem toda uma relação de dados, de livros de registros de admissão das pacientes dentro daquele setor (...)”. (Agamenon,a)

As unidades 5, 6 e 8 são convergentes quando relatam que **o enfermeiro do PSF tem maior contato com o SIAB e a sua dinâmica de alimentação**, embora todos os enfermeiros da unidade sejam da atenção básica, uma das falas elucida que o motivo é devido à alimentação do sistema ser feita diretamente por esse profissional, resgatando as falas vemos:

“Já trabalhei coordenando o PSF então, sistema SIAB, a gente faz a alimentação, os agentes comunitários fazem essa alimentação e no final do mês eu faço o fechamento, tudo aquilo que eles atenderam (agentes), medicamentos que tenho cadastrados, gestantes, hipertensos, diabetes, por aí vai, também tive contato com esse sistema”. (Ajax, d)

“Lá tive contato diretamente com o SIAB que é o principal sistema de informação que a gente tem”. (Édipo, a)

“O PSF tem que dar todos esses dados. Mas nós que estamos aqui no CS, fornecemos os dados para alguém que está fazendo, repassando a informação (...)”. (Cadmo, f)

As unidades 2, 5 e 8 são convergentes ao salientar que **o enfermeiro assistencial não tem contato com os SIS**, seja ele, da assistência hospitalar ou não, já a unidade 2 mostra uma divergência ao dizer que é **o enfermeiro gestor que não tem contato com os SIS**, pois as

estatísticas são preenchidas na ponta do cuidado, ou seja, na assistência. Desvelado pelas falas:

“(…) não tenho essa vivência, até porque quando você tá na gestão você já tem as chamadas, caixinhas, né? Que preenchem essas notificações, igual essa aqui, quem preenche essa aqui são as meninas da sala da criança (…)”<sup>(Hércules, d)</sup>

“Na verdade a minha experiência prática ela é quase que nenhuma, por que desses 22 anos de formada 21 e meio eu fiquei dentro do hospital”<sup>(Hércules, a)</sup>

“(…) minha experiência foi hospital particular, HFA (…)  
parte assistencial, clinica, emergência, UTI, nunca tive contato com esse tipo de sistema (…)”<sup>(Ajax, c)</sup>

“(…) Estou mais na parte de atendimento, atendo hipertenso, diabético, geralmente só é colhido só pedem quantos diabéticos, quantos hipertensos têm então eu só passo esses dados pra quem tá diretamente ligado a esses sistemas”<sup>(Cadmo, a)</sup>

O segundo tema “Gerenciando a tomada de decisão através dos SIS” as unidades 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 são convergentes quando colocam que **os sistemas de informação são importantes para conhecer a população da área onde o serviço realiza a promoção, proteção, assistência e recuperação** servindo de base para o planejamento das ações e serviços realizados pela unidade de saúde. Tal convergência pode ser evidenciada pelas falas:

“(…) Justamente impulsionar com que as pessoas utilize dados, por que fazer saúde sem produzir dados estatísticos não tem lógica, a gente não conhece a população”<sup>(Aquiles, d)</sup>

“(…) ele te dá à noção exata de que promoção de saúde você ta fazendo na sua área de abrangência, então quando eu recebo essas coisas (…)  
eu abro e procuro saber que situação esta nossa área de abrangência e a regional como um todo porque a gente precisa conhecer, a gente tá lidando com o que?”<sup>(Hércules, h)</sup>

“Então sempre na minha experiência por onde eu passei, locais onde passei, procurei sempre priorizar essa questão da informação da minha equipe de trabalho, porque sem informação não existe a questão de atingir nossos objetivos nossas metas, que a gente traça uns planejamentos aí”<sup>(Ajax, b)</sup>

O terceiro tema “Refletindo sobre a veracidade da informação” trouxe como convergência as unidades 16, 18, 19 e 20 por que trazem **o dado como não sendo fidedigno**

à **realidade**. São quatro as razões apresentadas para tal proposição como pode ser observado nas falas seguintes:

“Então se eu disser pra ti que eu to introduzindo um dado aqui das crianças lá do Sol Nascente juntamente com as daqui da área tradicional os dados não são verídicos não (...) mas como a gente atende outras crianças o dado que eu vou lançar é um dado mentiroso, não é? (...) um paciente que contraiu uma DST no lugar X, ele não procura um centro de saúde da abrangência dele, ele procura outro, por que lá ele conhece os servidores... então o que ocorre, os dados eles não são muitas vezes verídicos”. (Aquilés; g, m)

“(...) muitas vezes eles por determinadas causas de... eles não são confiáveis, justamente por não ter ainda profissionais treinados (...)”. (Agamenon, f)

“(...) os demais, sinceramente, não são fidedignos porque não tem uma alimentação constante”.

“(...) o DATASUS, por exemplo, é nacional, mas é defasado porque quem está na ponta não está alimentando direito, então o dado mente pra você principalmente os do Ministério da Saúde que tem uma defasagem de 2 a 3 anos, tem coisa que chega pra gente aqui com 2, 3 anos de atraso. As vacinas, a gente fica sabendo a cobertura vacinal por meio da imprensa e passa as informações de quantidade de vacinas pelo telefone e alguém lá passa *pro sistema*”. (Teseu, i)

A unidade 17 é divergente das demais quando evidencia que **o dado mostra claramente o estado da população e não pode ser considerado mentiroso** o que é expresso pela fala:

“(...) então nós andamos fazendo aí algumas investigações (...) então influencia, por que o dado, quando você tem o dado, o dado ele é muito cruel, por que ele não mente pra você, então se ele não mente”. (Hércules - g)

O quarto tema “Analisando os SIS” apresenta a explanação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS sendo assim possui como convergência as unidades 24 e 25 aonde se afirma que **os SIS são importantes para o profissional**, observado pelas falas:

“(...) Quanto a influencia eu acho que é de suma importância (...) por que o sistema de informação facilita muito a vida do profissional por que antes a gente tinha que tudo mandar escrito a mão, hoje não, hoje você envia todos os dados, estatísticas, você recebe informação, você recebe dados, pesquisa que você que às vezes a gente tem que fazer em relação algum paciente, morte materna, por exemplo, hoje eu tive que fazer uma visita domiciliar, então que acontece eles me mandam

isso aqui eu imprimo, já tem todos os dados, antes pra chegar esse documento na minha mão, teria que vir via malote, aquela demora toda, era tão demorado pra chegar como pra voltar à resposta, então, com esse sistema de informação facilitou demais a vida tanto da gente como até mesmo do usuário, ele chega já tem seus dados (...). (Perseu a, b)

“O sistema de informação para nos enfermeiros é de suma importância”. (Ajax, a)

As unidades 23 e 24 são convergentes, porém divergentes em parte da unidade 29, visto que as duas primeiras consideram que **os SIS são facilitadores, trouxeram mais rapidez e agilidade na busca do dado, acesso e transmissão da informação, otimizando o trabalho do enfermeiro**, como pode ser observado pelas falas a seguir:

“(...) todos esses dados também são alimentados através de registro e agora tá ficando melhor ainda por que agora tá tudo sendo informatizado, não tem que procurar livro você pega só o número do SES ou número do cartão SUS e você consegue fazer essa busca de estatística e isso já sai dentro dos programas então facilitou muito a informatização em termos que você daqui a quatro ou cinco anos você não ir atrás de livros que já estavam perdidos dentro de sabe lá onde e da maneira adequada de guardar esses livros, nem sempre a gente encontrava, né? Esses livros agora ficou tudo mais fácil por que através do sistema você só digita o nome da pessoa, data de nascimento e você consegue de uma maneira bem mais rápida, bem mais ágil (...). (Agamenon, c)

“(...) por que o sistema de informação facilita muito a vida do profissional por que antes a gente tinha que tudo mandar escrito a mão, hoje não, hoje você envia todos os dados, estatísticas, você recebe informação, você recebe dados, pesquisa que você que às vezes a gente tem que fazer em relação algum paciente, morte materna, por exemplo, hoje eu tive que fazer uma visita domiciliar, então que acontece eles me mandam isso aqui eu imprimo, já tem todos os dados, antes pra chegar esse documento na minha mão, teria que vir via malote, aquela demora toda, era tão demorado pra chegar como pra voltar a resposta, então, com esse sistema de informação facilitou demais a vida tanto da gente como até mesmo do usuário, ele chega já tem seus dados”. (Perseu, b)

A unidade parcialmente divergente trás que **a falta de agilidade do servidor com a informática dificulta o processo de trabalho, pois o torna mais demorado embora, os SIS sejam facilitadores na busca do dado**. A divergência é revelada na fala a seguir:

“(...) então facilitou, pra mim facilitou, essa forma de atender o paciente em relação ao exame e prontuário. Claro que demorou mais, porque quem não tem agilidade de digitar, demora mais. A gente cata, cata as letrinhas e consegue (...)”. (Cadmo, g)

A unidade 23 também converge com a unidade 28 quando é mencionado que **ocorre a demora e a burocratização dos procedimentos que ainda não sofreram informatização**, exposto pelas falas subsequentes:

“Quando eu falo de burocracias to falando da dificuldade que você tem de ser informatizado todos os programas do Ministério da Saúde, não só no DF, mas nos entornos, nas cidades mais interioranas”. (Agamenon, e)

“(...) por exemplo, o citopatológico, que é o papa-nicolau, para prevenção do câncer de colo uterino, ele não ta informatizado, ainda vem papelzinho da citopatologia do HMIB eu tenho que esperar via malote chegar pra mim. Então se tivesse informatizado em vez de levar 90 dias pra ficar pronto, ficaria pronto em uma semana (...) então quem esta ainda mais próximo do paciente, o PSF, não ta informatizado, então eles também não tem acesso ao que eu faço aqui no CS. Ele ta lá na ponta e não sabe o que esta acontecendo com o paciente que ta aqui dentro (...)”. (Teseu; f, g)

A unidade 22 é convergente a unidade 27 pois reflete **que o enfermeiro gerente recebe os dados e passa as orientações ao profissional que está na ponta e alimenta sistema**, a convergência pode ser notada nas seguintes falas:

“(...) porque assim nós não fazemos estatísticas, fazemos só a alimentação, então o que eu recebo da direção da regional, aí eu já recebo esse dado organizado e analisado (...) eu abro e procuro saber que situação esta nossa área de abrangência e a regional como um todo porque a gente precisa conhecer, a gente tá lidando com o que?” (Hércules; e, h)

“E essas estatísticas de uma forma prática não voltam pra mim, voltam *pro* gerente do centro de saúde, então ele fica sabendo qual foi à produtividade mensal e anual do centro de saúde e aí ele estabelece metas faz planificações estratégicas para os anos subsequentes, então assim, por exemplo, eu fico sabendo o numero de gestantes que foram atendidas dentro de um mês, bimestre, semestre e anual, então baseado nisso ele tem como tá me orientando, o numero de vagas que eu preciso disponibilizar o atendimento que o médico precisa tá realizando pra efetivamente tá atendendo a população alvo, então na verdade não volta diretamente pra mim que alimenta, volta pra quem tá acima de mim e me orienta depois”. (Teseu, b)

A unidade 29 é divergente das unidades 22 e 27 porque coloca que **não há um retorno dos dados ao profissional que alimenta os SIS e por isso o enfermeiro assistencial somente tem os dados dos pacientes que acompanha** como é visto na fala:

“Não cheguei, a saber, quantos diabéticos tinham na nossa área, ou quantos estavam recebendo medicação, ou seja, foram alimentados esses dados no MS, mas não recebemos dados nenhum. O único controle que tenho realmente hoje é dos pacientes que eu acompanho que não são todos”. (Cadmo; c, d)

As unidades 21 e 26 convergem no ponto: **um aspecto deficitário dos SIS é a falta de recursos humanos para a sua alimentação**, citações podem ser observadas nas falas:

“(…) olha a gente tem que preencher todo o sistema, você pode ver que são muitos dados, é uma ficha muito extensa, olha o tempo que você demanda, é preenchido lá na triagem, e lá só tem dois servidores (….) você teria que ter uma ambiente mais propicio, uma demanda menor de pacientes, pra você fazer um serviço de qualidade, o grande problema é você ter uma quantidade exagerada de pacientes, pra poucos servidores e precisar alimentar um sistema que é extenso”. (Aquiles; o, q)

“(…) A gente não tem na verdade recursos humanos disponível, que mantenha essa integração pra estar alimentando o sistema”. (Édipo, g)

A unidade 21 também é convergente com a unidade 29 onde revela: **Há dificuldade com o uso da tecnologia pelos profissionais**, as falas a seguir refletem tal convergência:

“Os profissionais têm medo e resistência à tecnologia, um exemplo, é o Track Care® que às vezes não é alimentado por que tem profissionais que não mechem no sistema”. (Aquiles, l)

“(…) Claro que demorou mais, porque quem não tem agilidade de digitar, demora mais. A gente cata, cata as letrinhas e consegue”. (Cadmo, g)

#### 4. SÍNTESE COMPREENSIVA

O fenômeno desvelado nesta pesquisa é o resgate da experiência vivida sobre sistemas de informação em saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF. Foi revelado e compreendido o fenômeno: Os enfermeiros que atuam na atenção básica em diferentes áreas e tem como ferramenta os Sistemas de Informação em Saúde disponíveis pelo SUS para a tomada de decisão em saúde.

O trabalho demonstrou que o conhecimento e o tipo de SIS utilizados são direcionados pela área em que o enfermeiro atua, sendo que na maioria das vezes o enfermeiro conhece o sistema com o qual já teve contato, e mesmo sendo todos os entrevistados de uma UBS, o enfermeiro do PSF tem maior contato com o SIAB e conhece a sua forma de alimentação, foi considerado por alguns entrevistados que o enfermeiro assistencial não tem contato com os SIS, outro entrevistado considerou que o enfermeiro gestor não tem contato com os SIS, pois as estatísticas são preenchidas por quem está na ponta da assistência.

O estudo revela também que os enfermeiros consideraram os sistemas de informação como importantes para conhecer a população da área onde o serviço realiza a promoção, proteção, assistência e recuperação servindo de base para o planejamento das ações e serviços realizados pela unidade de saúde.

Em relação à veracidade dos dados foi considerado por alguns entrevistados que os dados não são fidedignos à realidade vivida, as causas citadas para tal colocação foram: a defasagem do sistema, a falta de alimentação constante e a falta de treinamento dos profissionais que alimentam os sistemas, por outro um entrevistado considerou que os dados não podem ser considerados mentirosos por que expressam claramente a realidade.

Foi evidenciada a importância dos SIS para o profissional. Os SIS são facilitadores, trouxeram mais rapidez e agilidade na busca do dado, acesso e transmissão da informação, otimizando o trabalho do enfermeiro, porém na produção do dado pode ser visto como um problema quando o profissional não possui habilidade com a informática. Ocorre a demora e a burocratização dos procedimentos que ainda não foram informatizados. Quanto ao recebimento dos dados organizados após o envio das estatísticas o profissional gestor recebe as informações e repassa para o profissional que está na ponta da assistência, houve um entrevistado que relata que o profissional que não há esse retorno, ou seja, o enfermeiro que presta a assistência não recebe os dados que alimenta e, portanto conhece apenas a clientela que acompanha.

Entre as deficiências dos SIS que foram reveladas por alguns entrevistados é a falta de recursos humanos para a alimentação dos sistemas e a dificuldade com o uso da tecnologia no processo de trabalho, seja ela técnica ou simplesmente uma resistência ao uso da tecnologia.

## **5. REFLEXÕES SOBRE AS DESCOBERTAS DO ESTUDO E UMA PROPOSTA DE DISCUSSÃO**

Foi visto por meio dos discursos dos enfermeiros entrevistados que são diversas as experiências com os sistemas de informação em saúde e vão desde a percepção de sua importância até questões técnicas como a veracidade dos dados obtidos e fornecidos. A não experiência também foi um relato.

As proposições que surgiram através dos discursos podem ser discutidas através da literatura, realizei uma pesquisa assistemática de estudos que obtiveram resultados sobre a vivência de profissionais de saúde com os SIS para o melhor entendimento de algumas questões que surgiram através dos discursos, é claro que um estudo fenomenológico não deve ser comparado a outros, mas através da literatura e com o fenômeno desvelado podemos entender ainda mais sobre as questões levantadas.

Em relação ao surgimento de proposições a cerca do fluxo da informação e seu desenvolvimento até a tomada de decisão do gestor e/ou profissional de saúde, diversos estudos exploram o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um deles analisa os fatores complicadores no fluxo informacional que influenciam no processo de tomada de decisão do gestor e profissional de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi realizado por Bernardes et al (2013) tendo encontrado como fatores prejudiciais:

- Falta de capacitação prévia para usar o SIAB que leva a subutilização do sistema para tomar decisões locais.
- Número excessivo de fichas do sistema que gera no preenchimento incompleto e incorreto muitas vezes, desvalorizando a informação e a sua utilização na tomada de decisões.
- Os dados são manipulados para obter verba, tal problema influencia também na valorização dos dados, tornando-os não fidedignos e portanto não podem ser usados para a tomada de decisão.
- O SIAB não se adéqua aos vários modelos de saúde existentes, o modelo biomédico, por exemplo, pode ter supremacia na utilização do sistema por seu aspecto de vigilância da saúde em detrimento do modelo de prevenção e promoção da saúde que não é evidenciado pelo sistema.

- A obrigatoriedade do preenchimento para recebimento de verbas influencia na falta de interesse em usar as informações de forma local sendo suficiente seu envio a nível central.
- Os profissionais de saúde possuem formação falha no sentido de gerenciar a informação por isso quando a mesma é utilizada para tomar uma decisão não é de forma sistemática e não utiliza o SIAB da maneira correta.

É importante ressaltar que todas essas dificuldades levantadas por Bernardes et al (2013), foram de alguma forma citadas pelos enfermeiros que entrevistamos, relatadas abrangendo os SIS.

De acordo com a revisão da literatura feita por Nogueira et al (2014) que teve por objetivo encontrar estudos com a temática do SIAB e a sua finalidade no serviço de saúde, foram selecionados 7 estudos e propostos três categorias após análise: O SIAB como ferramenta de planejamento das ações em saúde na atenção primária, a utilização do SIAB pelos profissionais da atenção básica de saúde, a dificuldade do preenchimentos das fichas do SIAB. Concluiu através dessa revisão que há uma dificuldade em lidar com o SIAB principalmente para alcançar seu objetivo que é gerar planos para a integralidade da assistência na atenção básica por meio de promoção da saúde e prevenção de agravos (NOGUEIRA et al, 2014).

Destacou que é reconhecida a importância da informação como mecanismo de reconhecimento da realidade local, o que também foi evidenciado nos discursos obtidos pelos enfermeiros nesse estudo. O processo de informação foi questionado devido às dúvidas sobre a operacionalização do sistema e insipiência no processo de preenchimentos das fichas, ou seja, durante a fase de coleta dos dados o que pode tornar o processo da informação inconsistente (NOGUEIRA et al, 2014).

Contudo foi revelado pela revisão que os profissionais reconhecem a importância do SIAB, todavia, expõem as suas limitações, sendo assim o SIAB não é utilizado em sua total capacidade de fornecer informações para a tomada de decisão, é subutilizado, somente faz-se o cadastramento das famílias e preenchimento dos relatórios, mas sabe-se que seu uso poderia ir muito além se houvesse uma discussão dos dados e uma verificação dos mesmos por toda a equipe (NOGUEIRA et al, 2014).

Portanto assim como revelado nos discursos, os SIS podem ser utilizados em sua total capacidade e cumprindo os objetivos a que são propostos, mas as limitações e dificuldades encontradas pelos atores do processo de obtenção da informação se repetem e necessitam ser ouvidas, estudadas e sanadas.

Uma estratégia para realizar melhorias nos SIS da atenção básica foi a criação do e-SUS AB um sistema que é pautado pela PNIIS, pela PNAB e pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Uma das proposições que surgiu foi a de que o contato com os sistemas de informação é direcionado a atuação específica do profissional sendo que o mesmo não possui uma visão holística dos sistemas e das informações que são geradas. O novo sistema promete fazer a agregação de sistemas que estavam separados e coloca que receberá os dados de sistemas que foram extintos como o HIPERDIA, promete também que o trabalho gasto na coleta, inserção, uso e gestão das informações, serão menos dispendiosos e integrados às atividades já realizadas na atenção básica (BRASIL, 2013).

Além disso, o e-SUS AB vem com o objetivo de poder ser usado por todos os programas e atuações da atenção básica, logo tanto o profissional de uma UBS, de uma equipe de ESF, de um consultório de rua, que atua em uma escola e etc., poderão usá-lo, preocupação também levantada em alguns discursos (BRASIL, 2013).

A implantação do novo sistema começa na identificação dos recursos tecnológicos disponíveis em cada município e em cada unidade e prevê também uma etapa de capacitação dos profissionais de TI que farão suporte às equipes de saúde e das próprias equipes (BRASIL, 2013).

As Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e- SUS AB apontam que para reorganizar o SIAB é necessário desenvolver a gestão da informação; obter processos automatizados, ou seja, que movam por si só, para otimizar e dinamizar o processo de trabalho; avançar a infraestrutura e melhorar os processos de trabalho. Essa reorganização não se dará segundo a PNIIS somente na Atenção Básica, mas sim em todos os SIS do Ministério da Saúde, uma vez que, é imensurável a necessidade de inserir padrões de interoperabilidade e informação em saúde. O e-SUS AB trás quatro premissas importantes:

1. Individualização dos dados (permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como a documentação das ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe);
2. Integração dos sistemas de informação oficiais na Atenção Básica (AB), bem como a integração desses sistemas com os outros sistemas do SUS;
3. Eliminação do retrabalho no registro dos dados e a automação dos processos de trabalho;
4. Produção da informação para o usuário e para os profissionais com vistas à gestão e à qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2014, pg.5).

Todas essas mudanças são baseadas em necessidades bem próximas a realidade relatada pelos profissionais nesse estudo e acredito que é a realidade de vários outros profissionais do SUS, as mudanças vem de encontro às dificuldades relatadas pelos enfermeiros e espera-se que transforme o cenário atual de insatisfação do uso dos SIS no processo de trabalho e na tomada de decisão em saúde.

## **6. PALAVRAS FINAIS**

Acredito que ao ouvir o outro encontramos a nós mesmos, nesse estudo importantes aspectos a respeito da vivência do enfermeiro com os SIS foram revelados. As palavras ditas por Benito (2009) em seu estudo sobre os SIS como apoio a gestão do trabalho em saúde expressam o sentimento que tenho ao concluir esse trabalho:

“Quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, frente ao compromisso que assumimos, permitindo desvendar a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade” (Benito, 2009, pg. 448).

Ao realizar esse estudo percebi que a realidade precisa ser desvelada, aqueles que vivenciam as questões de grande importância para a saúde pública brasileira precisam ser ouvidos, não que se seja possível extrapolar suas opiniões para o restante dos profissionais, mas é possível que antes de começar a pensar em mudanças, seja dada voz àqueles que sofrerão as mudanças e serão sujeitos de transformação dos cenários.

O método utilizado para o “ouvir” trouxe a reflexão de que às vezes não é necessário lidar com fatos para se conseguir resultados sólidos, os fenômenos quando desvelados trazem um mundo de possibilidades que outros métodos não são capazes, embora acredite que o quantitativo e qualitativo se complementem perfeitamente, é imprescindível valorizar a voz do sujeito, sua vivência, seus valores e tudo o que o cerca trazendo ao pesquisador um leque de interpretações e possibilidades.

O resultado obtido foi uma pintura da realidade de um cenário que pode ou não se repetir em outras localidades, os profissionais podem ter pensamentos iguais ou divergentes daqueles apresentados nesse estudo, o que torna fascinante a pesquisa qualitativa é exatamente essa identidade, essa ponte, que pode ser feita entre os leitores e aqueles que participaram da mesma. Para mim como pesquisadora a experiência de ouvir os discursos me trouxe a percepção da necessidade de por em prática o que tanto é colocado no cenário de atuação da saúde a humanização do atendimento que para mim começa na humanização do

entendimento do processo de trabalho, do pensamento crítico do profissional de saúde, da sua capacitação enquanto profissional e da gestão do trabalho.

Arianny Inácio de Oliveira Carvalho

**Resgatando a experiência vivida sobre sistemas de informação em  
saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF**

**ANEXOS**

Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade a ser apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Carlos Eduardo dos Santos  
(Co) Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem

Brasília  
2014

## ANEXO A - Análise Ideográfica dos discursos

## HÉRCULES

**Na verdade a minha experiência prática ela é quase que nenhuma, por que desses 22 anos de formada 21 e meio eu fiquei dentro do hospital.** Então dentro do hospital o que a gente tinha, o sistema de informação que eu tive mais acesso foi o da notificação da vítima de violência sexual e doméstica, por que eu fiquei 18 anos nas emergências de ginecologia e obstetrícia que era a referência para o atendimento das vítimas de violência sexual e doméstica e que nós enfermeiros era que fazia a notificação. **Hoje eu tenho um contato teórico, conheço e tudo, como o SISVAN,** por que a nutricionista daqui ela me passa todo o andamento da alimentação do sistema e eu fico com os formulários pra passar para o pessoal preencher com os dados pra ela alimentar o sistema. O sistema de informação de mortalidade eu conheço através do comitê de óbito do hospital, mas não tenho nenhum conhecimento sobre como é alimentado o sistema... Não sei, e, além disso, o sistema de informação da bolsa escola, que é função da atenção primária fazer a alimentação, atualização, acompanhamento dessas famílias e são esses assim... o sistema de notificação compulsória dos agravos, que é o SINAN, esse sistema nós temos aqui os formulários, o sistema de notificação de doenças ou agravos compulsória ele tanto é feito pelo enfermeiro como pelo médico, então nós temos aqui a nossa vigilância epidemiológica que faz o acolhimento e a identificação dos pacientes com suspeitas e que vão ser notificados, então nos temos aqui a dengue disparadamente e **são os únicos sistemas que eu conheço assim que são alimentados, de que forma são alimentados, os demais eu conheço muitas siglas, mas muitos deles eu não sei nem o que significa.** No caso da Bolsa Escola esse acompanhamento é feito por que para que a família continue recebendo a bolsa família ou a bolsa escola, existem alguns condicionantes que são avaliados pela atenção primária então, por exemplo, no caso da bolsa família, se na família tem uma gestante, essa gestante o acompanhamento dela é obrigatório, então ela tem q vir ao centro de saúde fazer um acompanhamento pré-natal e sempre que ela vem fazer o acompanhamento é lançado no sistema essa consulta pré-natal com informações no sistema da bolsa família, o sistema da bolsa escola ele também tem alguns condicionantes, a gestante também e crianças menores de 15 anos eu acho, 12 anos, houve uma mudança por isso que eu não sei agora, antes era de 0 a 12 agora é de 0 a 15, não acompanhei essa mudança de faixa etária, essas crianças elas tem que vir todo mês ao centro de saúde, pesar e medir e o cartão de vacina tem que tá atualizado é feito esse acompanhamento, a mãe trás a criança ao centro de saúde nós fazemos avaliação do cartão, pesamos e medimos essas crianças e esses dados são

inseridos numa plataforma da bolsa escola, o funcionário que faz essa averiguação e essa medição ele entra no sistema e já insere aqueles dados: peso, altura, é... vacinas, se estão atualizadas, idade e crianças até o sexto mês eles tem que colocar se ainda está em aleitamento materno. Agora a notificação compulsória de agravos muito raramente é o médico que notifica, por que assim a notificação, ela é feita mesmo em um caso suspeito, então quando um paciente procura o centro de saúde com os sintomas da dengue, aquela tríade da dengue o enfermeiro já faz a notificação como caso suspeito e já faz solicitação dos exames faz o teste rápido da dengue e avalia clinicamente aquele paciente que ele tá clinicamente instável, ele já é encaminhado para a consulta médica, então quando ele é encaminhado para a consulta médica à notificação já foi feita, a notificação de caso suspeito e hoje com o teste rápido muitas vezes nem notifica como caso suspeito já notifica como caso confirmado quando o teste rápido dá positivo e notifica como caso suspeito, por que tem casos em que eu tenho a doença, mas o teste dá negativo, por conta do período, ou às vezes já é paciente que procura o centro de saúde já no 7º, 10º dia dos sintomas e aí realmente não vai dá mais no teste rápido, aí a gente notifica como caso suspeito, e o médico pede o exame de sangue, suspeita de tuberculose a mesma coisa, o primeiro contato é com o enfermeiro e mesmo quando o primeiro contato é com o médico ele encaminha pra sala da vigilância epidemiológica para o paciente receber as orientações já fazer o teste, né? Então tuberculose, hanseníase, leishmaniose, dengue... A notificação é feita na maioria pelo enfermeiro, eu tenho a impressão que médico nem sabe notificar. O sistema de avaliação nutricional esse aqui, a gente tem o formulário, esse aqui é da sala da criança, por enquanto, nós estamos fazendo só na sala da criança, não temos na sala do adulto, porque o SISVAN ele tem o formulário pra criança, adulto e gestante. Nós estamos fazendo primeiro das crianças só das crianças, então o funcionário que tá na sala da criança quando ela chega, ele preenche o formulário, esse formulário é passado pra nutricionista e é dela a responsabilidade de alimentação do sistema, porque o SISVAN é uma demanda da nutricionista, então ela quando ela falou comigo, me pediu apenas da criança, então eu até sei que tem do adulto, tem da gestante, eu até procurei e no CS nós não temos o formulário específicos pra faixa etária do adulto e nem pra gestantes e a própria nutricionista quando eu perguntei pra ela, falou assim: '- eu vou ver e te falo' e não me trouxe nenhuma resposta a respeito, na verdade assim o adulto é porque ela tem a agenda pra atender o adulto, então quando atende ela mesma faz e da gestante quando ela pega a gestante ela faz e ela me falou que é uma faixa que ela vai ter que trazer o formulário pra implementação que o numero de gestantes que ela atende é muito pequeno.

Agora de notificação propriamente dita de preenchimento de formulário e tudo eu tenho uma experiência muito grande na notificação de violência doméstica e domiciliar, sexual, essa eu fiz muitas, **mas essas notificações que são feitas no centro de saúde, não, não tenho essa vivência, até porque quando você tá na gestão você já tem as chamadas, caixinhas, né? Que preenchem essas notificações, igual essa aqui, quem preenche essa aqui são as meninas da sala da criança, provavelmente se ela me passar o bloco das gestantes vão ser as meninas da sala da mulher que vão fazer e o adulto é ela (nutricionista) que faz** então o SISVAN tá praticamente estabelecido, e as doenças e agravos da notificação compulsória a vigilância epidemiológica que faz. **Porque assim nós não fazemos estatísticas, fazemos só a alimentação, então o que eu recebo da direção da regional, aí eu já recebo esse dado organizado e analisado.** Então eu recebo as estatísticas da dengue, quantos casos foram notificados como suspeitos quantos foram confirmados, quantos casos foram a óbito, quantos de dengue hemorrágica, o SISVAN eu recebo acho que semestralmente ou trimestralmente não sei a porcentagem de pessoas que nós temos alimentadas no sistema, por exemplo, se eu tiver uma população adulta de 100.000 habitantes, se bem que não é isso tudo, nossa área aqui não chega a 50.000, se eu tiver uma população adulta de 20.000 habitantes, quantos por cento desses 20.000 habitantes eu alimentei no sistema, então isso também chega pra mim e as doenças de notificação compulsória também, quantas foram identificadas como suspeitas, quantas foram confirmadas, quantas foram descartadas, quantas foram autóctones, quantas foram importadas, isso é o que eu recebo.

**Quando eu cheguei aqui nós não tínhamos nem dois por cento de alimentação do sistema, então quando eu tenho um SISVAN com menos de dois por cento, significa que eu estou deixando e fazer essa avaliação nutricional da população...** é...os casos de suspeita, suspeitos e confirmados, por exemplo, da dengue, é um dos centros de saúde que mais notifica, é o 8, então você tem que pensar em estratégias, para melhorar, pra diminuir esses números de casos, tudo bem vamos pensar que o 8 tem uma população de 48 mil habitantes enquanto outros centros tem 15 tem 7...então realmente eu vou notificar mais, proporcionalmente eu não tenho mais números de casos do que outros centros de saúde, mas eu tenho muito casos aqui...então nós estamos fazendo uma parceria ai com as escolas...é... Estamos inclusive é... arrebanhando os acadêmicos de enfermagem pro centro de saúde pra nos ajudar a fazer uma sensibilização de escolas pra prevenção da dengue e outros agravos também, nós ficamos sabendo, por exemplo, que aqui no centro de saúde o numero de notificação de suspeita de leishmaniose aumentou, **então nós andamos fazendo ai algumas investigações, as equipes de ESF foram a campo e a gente acabou descobrindo que tem**

**famílias que não tem nem conhecimento de como vacina um animal, não mantém o ambiente limpo, então influencia, por que o dado, quando você tem o dado, o dado ele é muito cruel, por que ele não mente pra você, então se ele não mente ele te dá a noção exata de que promoção de saúde você ta fazendo na sua área de abrangência, então quando eu recebo essas coisas, se você vê aqui tem uma pasta só de boletim epidemiológico, eu sempre que recebo um boletim epidemiológico eu abro e procuro saber que situação esta nossa área de abrangência e a regional como um todo porque a gente precisa conhecer, a gente tá lidando com o que?''.**

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Na verdade a minha experiência prática ela é quase que nenhuma, por que desses 22 anos de formada 21 e meio eu fiquei dentro do hospital.</p> <p>b) Hoje eu tenho um contato teórico, conheço e tudo.</p> <p>c) (...) São os únicos sistemas que eu conheço assim que são alimentados, de que forma são alimentados, os demais eu conheço muitas siglas, mas muitos deles eu não sei nem o que significa (...).</p> <p>d) (...) mas essas notificações que são feitas no centro de saúde, não, não tenho essa vivência, até porque quando você tá na gestão você já tem as chamadas, caixinhas, né? Que preenchem essas notificações, igual essa aqui, quem preenche essa aqui são as meninas da sala da criança, provavelmente se ela me passar o bloco das gestantes vão ser as meninas da sala da mulher que vão fazer e o adulto é ela (nutricionista) que faz (...).</p> <p>e) Porque assim nós não fazemos estatísticas, fazemos só a alimentação, então o que eu recebo da direção da regional, aí eu já recebo esse dado organizado e analisado.</p> <p>f) Quando eu cheguei aqui nós não tínhamos nem dois por cento de alimentação do sistema, então quando eu tenho um SISVAN com menos de dois por cento, significa que eu estou deixando e fazer essa avaliação nutricional da população...</p> <p>g) (...) então nós andamos fazendo algumas investigações (...) então</p>	<p>a) Considera que a sua experiência prática é quase nenhuma por que trabalhou a maior parte da carreira no hospital.</p> <p>b) Julga que seu contato atual é teórico, mas conhece alguns sistemas.</p> <p>c) Conhece a forma de alimentar alguns sistemas, considera que esses são alimentados, os demais sabe as siglas, mas muitas vezes não sabe o que significa cada sigla.</p> <p>d) Considera que não tem vivência dos sistemas de informação do centro de saúde por que está na gestão e quem faz as notificações é o profissional específico daquela especialidade.</p> <p>e) Os profissionais alimentam o sistema, mas, quem faz as estatísticas não são eles, o profissional já recebe o dado organizado e analisado.</p> <p>f) Deixar de alimentar o sistema (SISVAN) significa estar deixando de fazer a avaliação (nutricional) do paciente.</p> <p>g) Considera que o dado é cruel e não mente para o profissional.</p> <p>h) O dado mostra exatamente qual a promoção de saúde está sendo realizada na área de abrangência, este profissional investiga as situações apresentadas pelos boletins epidemiológicos e procura saber qual a situação da sua área e da regional de saúde.</p>

<p>influencia, por que o dado, quando você tem o dado, o dado ele é muito cruel, por que ele não mente pra você, então se ele não mente (...).</p> <p>h) (...) ele te dá à noção exata de que promoção de saúde você ta fazendo na sua área de abrangência, então quando eu recebo essas coisas (...) eu abro e procuro saber que situação esta nossa área de abrangência e a regional como um todo porque a gente precisa conhecer, a gente tá lidando com o que?</p>	
--	--

## Tema

### A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

	Interpretação
<p>a) Considera que a sua experiência prática é quase nenhuma por que trabalhou a maior parte da carreira no hospital.</p> <p>b) Julga que seu contato atual é teórico, conhece alguns sistemas.</p> <p>c) Conhece a forma de alimentar alguns sistemas, sabe que esses são alimentados, os demais sabe as siglas, mas muitos deles não sabe o que significa.</p> <p>d) Considera que não tem vivência dos sistemas de informação do centro de saúde por que está na gestão e quem faz as notificações é o profissional específico daquela especialidade.</p>	<p>Enfermeiros que trabalham em hospitais tem pouca experiência pratica com os SIS. O contato do profissional pode ser teórico, conhecendo a forma de alimentar, a existência de alguns sistemas, e alguns podem saber da existência do sistema porém sem saber o seu significado. O profissional que está na gestão não tem vivencia nos SIS por que quem faz as notificações é o profissional específico de cada setor no centro de saúde.</p>

### B - Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde

	Interpretação
<p>f) Deixar de alimentar o sistema (SISVAN) significa estar deixando de fazer a avaliação (nutricional) do paciente.</p> <p>h) O dado mostra exatamente qual a promoção de saúde está sendo realizada na área de abrangência, este profissional investiga as situações apresentadas pelos boletins epidemiológicos e procura saber</p>	<p>Os SIS são importantes na tomada de decisão porque evidenciam as ações de promoção que estão sendo realizadas através da investigação do profissional a cerca da situação de saúde da área de abrangência da unidade, sendo assim alimentar o sistema significa fazer a avaliação do estado de saúde do paciente/população.</p>

qual a situação da sua área e da regional de saúde.	
---	--

### C - Reflexão sobre a veracidade dos dados

	Interpretação
g) Considera que o dado é cruel e não mente para o profissional.	O dado mostra claramente o estado da população e não pode ser considerado mentiroso.

### D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS

	Interpretação
e) Os profissionais alimentam o sistema, mas, quem faz as estatísticas não são eles, o profissional já recebe o dado organizado e analisado.	Um aspecto qualitativo é o recebimento dos dados organizados e analisados, para serem então interpretados e usados pelo profissional.

### AGAMENON

**“Olha todos os nossos sistemas de informações em termo de dados e estatísticas nos setores que a gente trabalha dentro do hospital que é minha maior vivência são diferenciados por especialidade você trabalha, no centro obstétrico, você tem toda uma relação de dados, de livros de registros de admissão das pacientes dentro daquele setor que é o centro obstétrico e das crianças que são nascidas vivas e das crianças que vem a óbito, todos esses dados de crianças de baixo peso, de crianças que nasceram de sete meses, criança de mãe diabética, tudo isso funciona em tempo de alimentar o sistema nacional pra evidenciar os problemas dentro das áreas e residência dos pacientes, ver nível nutricional, ver essa questão o que tá influenciando pra haja uma estratégia de trabalho pra combater os problemas dentro de determinada área, por exemplo, mulheres que teve crianças antes do período de nove meses dentro de uma área, dentro do setor P-Norte da Ceilândia, tudo isso aí é alimentado pra que o ministério da saúde delimita a estratégia pra combater e saber o que é que tá causando determinado tipo de problema, pra que as pessoas, que fazem com que as pessoas venham a ter essas crianças com problemas e assim é o setor de pediatria, as crianças quando são internadas evidenciam mais também as informações dentro dos problemas das crianças, de pneumonia, de hepatite, de meningite e todos esses dados também são alimentados através de registro e agora tá ficando melhor ainda por que agora tá tudo sendo informatizado, não tem que procurar livro você pega só o número do SES ou número do cartão do SUS e você consegue fazer essa busca de**

estatística e isso já sai dentro dos programas então facilitou muito a informatização em termos que você daqui a quatro ou cinco anos você não ir atrás de livros que já estavam perdidos dentro de sabe lá onde e da maneira adequada de guardar esses livros, nem sempre a gente encontrava, né? Esses livros agora ficou tudo mais fácil por que através do sistema. Você só digita o nome da pessoa, data de nascimento e você consegue de uma maneira bem mais rápida, bem mais ágil, é claro tem alguns casos que a gente ainda tem que recorrer aos livros, mas isso é uma questão de tempo tá sendo abolido dentro da própria fundação hospitalar e dentro de uma maneira geral em saúde no país, ate as instituições privadas hoje já priva pela informatização do prontuário eletrônico e por todos esses dados. **E o que ainda é de suma importância que eu vejo são as notificações de doenças compulsórias**, tipo dengue, tipo toxoplasmose, VDRL que é a sífilis, meningite então isso ai ainda tem certa burocracia, mas é de suma importância você trabalhar com todos esses dados de informações pra que você faça um bloqueio nas áreas que estão acontecendo maior foco de casos, então eu vejo dessa maneira os sistemas de informação.

**Quando eu falo de burocracias to falando da dificuldade que você tem de ser informatizado todos os programas do Ministério da Saúde, não só no DF, mas nos entornos, nas cidades mais interioranas** e que a gente vê assim, por exemplo, **esses dados de nascidos vivos, dados de óbito, doenças, muitas vezes eles por determinadas causas de determinadas doenças eles não são confiáveis, justamente por não ter ainda profissionais treinados**, por ter muitos municípios que deixa de informar a verdadeira causa ou por não ter, por exemplo, uma pessoa morre num determinado município, mas afastado de um grande centro ela não tem essa informação pra diagnosticar a causa, só trabalha em cima de hipótese diagnóstica da causa da morte, **então eu acho ainda muito falho, apesar de ter corrigido já muita coisa e que precisa ser corrigido muita coisa nos sistemas de informação.**

**Eu acho que deveria de corrigir primeiro que todos os municípios tivessem acesso e de total importância pra que seja realmente consolidado em termos de saúde nesse país é o cartão SUS, a informatização do cartão SUS por que através dele você vai conseguir no país de uma forma geral, a gente sabe que é um trabalho em longo prazo é uma coisa que tem que se fazer... e isso já vem se fazendo a muito tempo, mas ainda não ta nem na metade do caminho pra poder consolidar esse trabalho e existe muito erro, tão corrigindo os erros**, tem determinado municípios, lugares onde a gente não tem nem energia elétrica e falta ainda também a informática, a informatização ainda em muitos lugares desse país, então acho que precisa ser corrigido de primeira importância a consolidação do cartão SUS, você ta aqui com seu cartão e vai pro interior da Bahia precisa de uma consulta com seu

cartão em mãos qualquer profissional teria acesso ao seu prontuário, se você for pro interior desse ai, ou ate mesmo pra Goiânia ou outras capitais, você tem que começar toda uma investigação de causa da doença, sendo que informatizasse isso ai, você já teria em mãos todos os dados históricos do paciente.

Eu vejo assim, o ministério da saúde muito preocupado em combater determinadas doenças em determinadas áreas, sabe e dá uma luz assim, pra o que já existe em determinados locais o aparecimento de algum foco, de alguma outra patologia, isso ajuda o ministério a tomar diretrizes e fazer uma política de saúde pra população direcionada, funciona nesse sentido, mas assim de maneira muito precária, como se tivesse você analisando uma criança que no desenvolvimento dela do nascer até na fase adulta, a gente fazendo uma comparação acho que a gente ainda tá engatinhando não começou nem a andar ainda, mas é uma linha que eu acho que tem que ser seguida, pra direcionar a assistência a saúde”.

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Olha todos os nossos sistemas de informações em termo de dados e estatísticas nos setores que a gente trabalha dentro do hospital que é minha maior vivencia são diferenciados por especialidade você trabalha, no centro obstétrico, você tem toda uma relação de dados, de livros de registros de admissão das pacientes dentro daquele setor (...).</p> <p>b) (...) tudo isso funciona em tempo de alimentar o sistema nacional pra evidenciar os problemas dentro das áreas e residência dos pacientes (...) ver essa questão o que tá influenciando pra que haja uma estratégia de trabalho pra combater os problemas dentro de determinada área (...) tudo isso aí é alimentado pra que o ministério da saúde delimita a estratégia pra combater e saber o que é que tá causando determinado tipo de problema (...).</p> <p>c) (...) todos esses dados também são alimentados através de registro e agora tá ficando melhor ainda por que agora tá tudo sendo informatizado, não tem que procurar livro você pega só o número do SES ou número do cartão do SUS e você consegue fazer essa busca de estatística e isso já sai dentro dos programas então facilitou muito a informatização em termos que você daqui a quatro ou cinco anos você não ir atrás de</p>	<p>a) Você trabalha no hospital com os dados da sua especialidade e, portanto com sistemas de informação específicos do setor onde está trabalhando.</p> <p>b) A alimentação dos sistemas de informação serve pra evidenciar os problemas de saúde e as suas causas em determinada área e/ou residência e determina as estratégias de trabalho do Ministério da Saúde para combater esses problemas.</p> <p>c) A informatização dos dados está melhorando a busca de estatística, considera que daqui a quatro ou cinco anos não serão necessárias buscas em registro de papel, o registro eletrônico fornece agilidade e rapidez na busca do dado.</p> <p>d) Considera a notificação de doenças compulsórias de suma importância.</p> <p>e) Vê burocracia na notificação de doenças que ainda não são feitas de forma informatizada.</p> <p>f) Acredita que os dados sobre causa de mortalidade e morbidade não são confiáveis por que não tem profissionais treinados para realizar a alimentação desses dados.</p> <p>g) Sugere como correção dos SIS o acesso ao cartão SUS e a informatização de todos os municípios, coloca que esse trabalho é de longo prazo e que apesar de</p>

<p>livros que já estavam perdidos dentro de sabe lá onde e da maneira adequada de guardar esses livros, nem sempre a gente encontrava, né? Esses livros agora ficou tudo mais fácil por que através do sistema você só digita o nome da pessoa, data de nascimento e você consegue de uma maneira bem mais rápida, bem mais ágil (...).</p> <p>d) E o que ainda é de suma importância que eu vejo são as notificações de doenças compulsórias (...).</p> <p>e) Quando eu falo de burocracias to falando da dificuldade que você tem de ser informatizado todos os programas do Ministério da Saúde, não só no DF, mas nos entornos, nas cidades mais interioranas.</p> <p>f) (...) muitas vezes eles por determinadas causas de (...) eles não são confiáveis, justamente por não ter ainda profissionais treinados (...).</p> <p>g) Eu acho que deveria de corrigir primeiro que todos os municípios tivessem acesso e de total importância pra que seja realmente consolidado em termos de saúde nesse país é o cartão SUS, a informatização do cartão SUS por que através dele você vai conseguir no país de uma forma geral, a gente sabe que é um trabalho em longo prazo é uma coisa que tem que se fazer... e isso já vem se fazendo a muito tempo, mas ainda não ta nem na metade do caminho pra poder consolidar esse trabalho e existe muito erro, tão corrigindo os erros (...).</p>	<p>estar sendo corrigido, ainda existem muitos erros.</p>
---	---

### Tema

#### A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

	Interpretação
<p>a) Você trabalha no hospital com os dados da sua especialidade e, portanto com sistemas de informação específicos do setor onde está trabalhando.</p>	<p>O profissional trabalha com os SIS específicos da área/setor em que está inserido.</p>

#### B - Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde

	Interpretação
<p>b) A alimentação dos sistemas de informação serve pra evidenciar os problemas de saúde e as suas causas em</p>	<p>Alimentar os SIS tem como objetivo evidenciar os problemas de saúde e suas causas em determinada área bem como</p>

determinada área e/ou residência e determina as estratégias de trabalho do Ministério da Saúde (MS) para combater esses problemas. d) Considera a notificação de doenças compulsórias de suma importância.	determinar as estratégias de trabalho do MS para combater os problemas encontrados. Uma alimentação muito importante é a notificação de Doenças compulsórias.
---	---

### C - Reflexão sobre a veracidade dos dados

	Interpretação
f) Acredita que os dados sobre causa de mortalidade e morbidade não são confiáveis por que não tem profissionais treinados para realizar a alimentação desses dados.	Devido à falta de treinamento dos profissionais para alimentar os SIS os dados sobre mortalidade não são confiáveis.

### D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS

	Interpretação
c) A informatização dos dados está melhorando a busca de estatística, considera que daqui a 4 ou 5 anos não serão necessárias buscas em registro de papel, o registro eletrônico fornece agilidade e rapidez na busca do dado. e) Vê burocracia na notificação de doenças que ainda não são feitas de forma informatizada. g) Sugere como correção dos SIS o acesso ao cartão SUS e a informatização de todos os municípios, coloca que esse trabalho é de longo prazo e que apesar de estar sendo corrigido, ainda existem muitos erros.	O aspecto qualitativo dos SIS é a agilidade e rapidez que a informatização proporciona na busca do dado. Dentre os aspectos deficitários está a não totalidade da informatização, levando a burocracia para os procedimentos que ainda não são feitos de forma informatizada, assim o cartão SUS é imprescindível para corrigir tal deficiência.

PERSEU

Quanto a influencia eu acho que é de suma importância por que o sistema de informação facilita muito a vida do profissional por que antes a gente tinha que tudo mandar escrito a mão, hoje não, hoje você envia todos os dados, estatísticas, você recebe informação, você recebe dados, pesquisa que você que às vezes a gente tem que fazer em relação algum paciente, morte materna, por exemplo, hoje eu tive que fazer uma visita domiciliar, então que acontece eles me mandam isso aqui eu imprimo, já tem todos os dados, antes pra chegar esse documento na minha mão, teria que vir via malote, aquela

demora toda, era tão demorado pra chegar como pra voltar à resposta, então, com esse sistema de informação facilitou demais a vida tanto da gente como até mesmo do usuário, ele chega já tem seus dados... Claro que sempre poderia melhorar né? Esse sistema que a secretaria contratou ele é um pouco lento, então às vezes a gente demora muito tempo na frente, aguardando, não entra no sistema, você tenta abrir e fica aquela... você perde muito tempo, se fosse uma coisa assim mais rápida, mais ágil, uma internet mais rápida agilizava mais rápido o seu trabalho. Agora se você tiver falando dos sistemas como SIM, SINASC... Eu não tenho muita experiência com relação a isso por que eu tenho pouco tempo na chefia de enfermagem, vou fazer um ano, agora a experiência que eu tenho maior com relação à mortalidade, eles me mandam um dado pra eu fazer uma investigação, esse aqui, essa pessoa foi a óbito eles querem saber se foi decorrente da gravidez ou não vou até a casa da pessoa e comunicar com um familiar e investigar se essa pessoa estava grávida antes do óbito ou se esteve até os 12 meses antes do óbito e aí dependendo da resposta eu preencho meus dados e envio. **E nós recebemos essas estatísticas, o comitê de morte materna aqui da Ceilândia ele de vez em quando, quando chega naquele período de fazer aquelas estatísticas e tudo eles enviam os dados, números de morte acontecida aqui na região do centro de saúde oito, então eles fazem aquela estatística e mandam pra gente, olha o oito tem tantos casos, aí a gente separa o que foi óbito mesmo de gravidez ou algum tipo de outra causa, essa estatística ela vai refletir lá na sala da mulher no pré-natal, na sala da mulher em si, por que vai ver o que aconteceu, se essa morte foi por falta do pré-natal, vamos discutir com o enfermeiro da sala o que aconteceu, agora se essa morte não teve a ver com o pré-natal, não é nosso o caso, esses dias mesmo teve duas crianças que foram a óbito aqui na Ceilândia e quiseram até jogar que tinha sido o pré-natal, mas não tinha nada a ver com o pré-natal foi os procedimentos lá do hospital então às vezes o pré-natal foi feito tudo bonitinho, as consultas, os exames, retorno, só que às vezes quando a mãe chegou lá no hospital, ela não recebeu aquela assistência pra que tudo continuasse certo, às vezes por falta de médico, não sei... Ou até mesmo pelo organismo da pessoa, né? Aconteceu alguma coisa que veio né? **Mais assim vai refletir no pré-natal, se o erro ou a causa tiver sido no pré-natal a gente vai reunir com os médicos com a equipe e vai ver o que tá acontecendo, por que tá tendo tantos casos, mas não é o nosso caso aqui, a gente não tem tido assim muitos casos de morte, essa pessoa aqui que eu tenho como exemplo, o falecimento dela não tem nada a ver com gravidez, ela faleceu de insuficiência renal, era hipertensa, diabética, então ela tinha um monte de causas e nem grávida ela esteve, nem estava e nem esteve.****

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Quanto a influencia eu acho que é de suma importância.</p> <p>b) (...) por que o sistema de informação facilita muito a vida do profissional por que antes a gente tinha que tudo mandar escrito a mão, hoje não, hoje você envia todos os dados, estatísticas, você recebe informação, você recebe dados, pesquisa que você que às vezes a gente tem que fazer em relação algum paciente, morte materna, por exemplo, hoje eu tive que fazer uma visita domiciliar, então que acontece eles me mandam isso aqui eu imprimo, já tem todos os dados, antes pra chegar esse documento na minha mão, teria que vir via malote, aquela demora toda, era tão demorado pra chegar como pra voltar à resposta, então, com esse sistema de informação facilitou demais a vida tanto da gente como até mesmo do usuário, ele chega já tem seus dados...</p> <p>c) Claro que sempre poderia melhorar né? Esse sistema que a secretaria contratou ele é um pouco lento, então às vezes a gente demora muito tempo na frente, aguardando, não entra no sistema, você tenta abrir e fica aquela... você perde muito tempo, se fosse uma coisa assim mais rápida, mais ágil, uma internet mais rápida agilizava mais rápido o seu trabalho.</p> <p>d) Agora se você tiver falando dos sistemas como SIM, SINASC... Eu não tenho muita experiência com relação a isso por que eu tenho pouco tempo na chefia de enfermagem, vou fazer um ano.</p> <p>e) E nós recebemos essas estatísticas, o comitê de morte materna aqui da Ceilândia ele de vez em quando, quando chega naquele período de fazer aquelas estatísticas e tudo eles enviam os dados, números de morte acontecida aqui na região do centro de saúde oito, então eles fazem aquela estatística e mandam pra gente (...) essa estatística ela vai refletir lá na sala da mulher no pré-natal, na sala da mulher em si, por que vai ver o que</p>	<p>a) Considera os SIS importantes assim como a influencia do mesmo.</p> <p>b) Considera que os sistemas de informação facilitou a vida do profissional por que os dados são passados entre as esferas de forma rápida e a informação pode ser prontamente acessada e repassada.</p> <p>c) Sugere que poderia melhorar, por que muitas vezes o sistema de registro eletrônico é lento e a internet demora pra ser acessado o que faz com que o profissional perca tempo.</p> <p>d) Considera que por ter pouco tempo no cargo de chefia tem pouca experiência com os SIS do MS.</p> <p>e) O profissional recebe as estatísticas do comitê de mortalidade materna e investiga se há relação da causa do óbito com a assistência no pré-natal.</p> <p>f) O profissional coloca que é discutido com a equipe quando as estatísticas sobre mortalidade materna são elevadas na área de abrangência do centro de saúde.</p>

<p>aconteceu, se essa morte foi por falta do pré-natal, vamos discutir com o enfermeiro da sala o que aconteceu, agora se essa morte não teve a ver com o pré-natal, não é nosso o caso (...).</p> <p>f) (...) Mais assim vai refletir no pré-natal, se o erro ou a causa tiver sido no pré-natal a gente vai reunir com os médicos com a equipe e vai ver o que tá acontecendo, por que tá tendo tantos casos, mas não é o nosso caso aqui, a gente não tem tido assim muitos casos de morte.</p>	
--	--

### Tema

#### A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

	Interpretação
d) Considera que por ter pouco tempo (1ano) no cargo de chefia tem pouca experiência com os SIS do MS.	É preciso mais tempo no cargo de chefia para ter mais experiência com os SIS.

#### B – Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde

	Interpretação
e) O profissional recebe as estatísticas do comitê de mortalidade materna e investiga se há relação da causa do óbito com a assistência no pré-natal.	As estatísticas relacionadas ao óbito materno-infantil são discutidas pela equipe de saúde a fim de estabelecer causalidade e relação com a assistência prestada.
f) O profissional coloca que é discutido com a equipe quando as estatísticas sobre mortalidade materna são elevadas na área de abrangência do centro de saúde.	

#### C - Reflexão sobre a veracidade dos dados

	Interpretação
-	-

#### D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS

	Interpretação
a) Considera os SIS importantes assim como a influencia do mesmo.	O enfermeiro reconhece como importante, os SIS e a sua influência sobre o serviço. Dentre seus aspectos
b) Considera que os sistemas de	

<p>informação facilitou a vida do profissional por que os dados são passados entre as esferas de forma rápida e a informação pode ser prontamente acessada e repassada.</p> <p>c) Sugere que poderia melhorar, por que muitas vezes o sistema de registro eletrônico é lento e a internet demora pra ser acessado o que faz com que o profissional perca tempo.</p>	<p>qualitativos está à rapidez na obtenção da informação e a otimização do trabalho com a obtenção do acesso rápido a informação.</p> <p>Dentre os aspectos deficitários está a deficiência de instrumentos de veículo dos SIS, como a conexão lenta da internet.</p>
---	---

## AJAX

**O sistema de informação para nos enfermeiros é de suma importância.** A minha experiência sempre foi a seguinte, assim: Aquela comunicação, a informação tem que ser aquela informação... É... Transparente né, aquela comunicação sempre tem que ser amplamente divulgada por que às vezes a gente vê decisões que são tomadas e que às vezes não é comunicada em equipe, né, então a equipe o que acontece, não tem uma comunicação, informação... É... Correta, coerente, transparente, a equipe não vai saber nem como vai desenvolver a questão do serviço dela. **Então sempre na minha experiência por onde eu passei, locais onde passei, procurei sempre priorizar essa questão da informação da minha equipe de trabalho, porque sem informação não existe a questão de atingir nossos objetivos nossas metas, que a gente traça uns planejamentos aí.** Então eu vejo como suma importância à gente faz parte como enfermeiro a gente priorizar a informação. A gente tem uma breve experiência sobre isso aí. **Na verdade, agora que estou entrando para saúde publica, minha experiência foi hospital particular, HFA, também trabalho no HFA, parte assistencial, clinica, emergência, UTI, nunca tive contato com esse tipo de sistema, estou tendo agora nessa experiência minha no centro de saúde, então a gente recebe essa questão de nascidos vivos, a gente tem que alimentar o sistema, agora que estou vivendo isso.** Estou no centro de saúde há três meses, e há um mês na chefia. **Agora que a gente está se ambientando com esse sistema publico de informação. Já trabalhei coordenando o PSF então, sistema SIAB, a gente faz a alimentação, os agentes comunitários fazem essa alimentação e no final do mês eu faço o fechamento, tudo aquilo que eles atenderam (agentes), medicamentos que tenho cadastrados, gestantes, hipertensos, diabetes, por aí vai, também tive contato com esse sistema.**

**Pessoal da minha área, Sol nascente, a gente atende muita gestante, faixa etária geralmente a gente pega de até 25 anos, a maioria, a maior parte, não tenho as outras**

faixas, mas a maior parte essa turma aí que a gente trabalha. A gente faz muito pré-natal, atende bastante criança, bastante prevenção então é a população que a gente mais atende no meu PSF com relação ao centro de saúde 08, hoje, a gente atende bastante paciente crônico, paciente com idade mais avançada, diabetes, hipertensão.

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) O sistema de informação para nos enfermeiros é de suma importância.</p> <p>b) Então sempre na minha experiência por onde eu passei, locais onde passei, procurei sempre priorizar essa questão da informação da minha equipe de trabalho, porque sem informação não existe a questão de atingir nossos objetivos nossas metas, que a gente traça uns planejamentos aí.</p> <p>c) Na verdade, agora que estou entrando para saúde pública, minha experiência foi hospital particular, HFA, também trabalho no HFA, parte assistencial, clínica, emergência, UTI, nunca tive contato com esse tipo de sistema, estou tendo agora nessa experiência minha no centro de saúde, então a gente recebe essa questão de nascidos vivos, a gente tem que alimentar o sistema, agora que estou vivendo isso (...). Agora que a gente está se ambientando com esse sistema público de informação.</p> <p>d) Já trabalhei coordenando o PSF então, sistema SIAB, a gente faz a alimentação, os agentes comunitários fazem essa alimentação e no final do mês eu faço o fechamento, tudo aquilo que eles atenderam (agentes), medicamentos que tenho cadastrados, gestantes, hipertensos, diabetes, por aí vai, também tive contato com esse sistema.</p> <p>e) Pessoal da minha área, Sol nascente, a gente atende muita gestante, faixa etária geralmente a gente pega de até 25 anos, a maioria, a maior parte, não tenho as outras faixas, mas a maior parte essa turma aí que a gente trabalha. A gente faz muito pré-natal, atende bastante criança, bastante prevenção então é a população que a gente mais atende no meu</p>	<p>a) Considera de suma importância os SI para os enfermeiros.</p> <p>b) O profissional coloca como prioridade a informação na equipe de trabalho por que sem ela não podem ser atingidos os objetivos, metas e os planejamentos traçados pela equipe.</p> <p>c) Coloca que a sua vivencia (alimentação) com os SIS da saúde pública é recente devido a sua atuação na parte assistencial de hospital particular.</p> <p>d) Quando coordenou o PSF teve contato com o SIAB, seu fluxo e forma de alimentação de dados.</p> <p>e) O profissional discorre sobre o perfil dos pacientes atendidos na unidade e pela sua equipe do PSF.</p>

PSF com relação ao centro de saúde 08, hoje, a gente atende bastante paciente crônico, paciente com idade mais avançada, diabetes, hipertensão.	
---	--

### Tema

#### A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

	Interpretação
c) Coloca que a sua vivência (alimentação) com os SIS da saúde pública é recente devido a sua atuação na parte assistencial de hospital particular. d) Quando coordenou o PSF teve contato com o SIAB, seu fluxo e forma de alimentação de dados.	Enfermeiro do PSF tem contato com o SIAB e sabe o seu fluxo e forma de alimentação do sistema. O enfermeiro que atua na assistência hospitalar não vivência os SIS, ainda mais se esse hospital for particular.

#### B - Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde

	Interpretação
b) O profissional coloca como prioridade a informação na equipe de trabalho por que sem ela não podem ser atingidos os objetivos, metas e os planejamentos traçados pela equipe. e) O profissional discorre sobre o perfil dos pacientes atendidos na unidade e pela sua equipe do PSF.	A informação é a prioridade para a equipe e essencial para alcançar os objetivos, metas e o planejamento traçado pela equipe. Além disso, a informação é importante para se definir o perfil da população atendida.

#### C - Reflexão sobre a veracidade dos dados

	Interpretação

#### D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS

	Interpretação
a) Considera de suma importância os SI para os enfermeiros.	Os enfermeiros reconhecem a importância dos SIS.

### ÉDIPO

A experiência que eu tenho já trabalhei em equipe de PSF durante três anos, trabalhei em Brazlândia, meu 1º contato com a atenção primária foi lá, também na graduação e atuando mesmo. **Lá tive contato diretamente com o SIAB que é o principal sistema de informação**

que a gente tem. Só que ele, ele ainda é falho, porque, o que acontece, a gente tem varias ações que faz dentro do PSF que não é divulgada a nível Central, a gente fica só no teste. O que eu tenho de informação dentro do SIAB: Gestante, hipertenso, diabético, criança até dois anos, e alguns agravos como hanseníase tuberculose, chagas... Não me lembro de outro agora. Então sós esses e pronto. Então são sós esses que conta. Então tudo isso sou limitado às informações que eu mando pro nível central. Eu sou limitado nas informações que eu mando pro nível central em nível de SIAB, por mais que informe isso de maneira informal, mas eu não recebo recurso pra isso. Exemplo: é... Faço mais de... Faço mais de... Sei lá... Faço mais de 10 reuniões com a comunidade que eu preciso de recurso para me manter essas reuniões, eu não tenho. **Então o dinheiro quando é repassado pelo ministério da saúde quando a gente fala sistema de informações, a gente fala de dados estatísticos pra poder gente ver indicadores, a gente fala também de investimento no momento eu tenho mais pessoas cadastradas eu tenho equipe funcionando o estado vai teoricamente ter um investimento maior e um repasse melhor do Ministério da saúde e do GDF...** Então algumas informações dela que travam ela não passa por nível central então a gente não tem esse recurso para desenvolver o trabalho, eu acho ele muito falho hoje, conheci o outro na verdade, conheço um formulário que tem no outro é muito mais completo menos burocrático, mas a gente não tem ele funcionando ainda. **Então o SIAB como é que é ele hoje: ele não é online ele é um programa que é instalado local ACS vem e alimenta o sistema de formação através de sistema eu pego ele consolidar os dados da Ceilândia mando pro nível central. Tanto ele no papel, como online. Só que em minha opinião ele é muito pobre (SIAB) de informação a atenção primária faz muito mais coisas do que ele exige. Se gente fizer só que deseja pra manter dados estatísticos a gente não conseguiria trabalhar tudo o que precisa, entendeu?** No E-SUS, as informações ficam maiores e mais consolidadas. Até já fomos apresentados pra ele, só que a apresentação como plataforma. O nome dele agora eu lembrei: E-SUS. Você pode depois pesquisar. Tem tudo lá do sistema na internet. Você consegue ter acesso à plataforma, você consegue ter acesso aos dados que vai computar, até imprimir ele, tenho em PDF impresso. O SINASC ele teoricamente, ele... na minha opinião, não funciona... Nem o SISVAN. **O único sistema de informação que consigo ver que funciona, por eu ter contato com ele, talvez eu esteja desinformado é o sistema de agravos feito pela vigilância sanitária, quer dizer vigilância epidemiológica, desculpe. Notificação compulsória, então esse funciona, porque, porque alem de eu fazer a notificação aqui, ela é mandada pela vigilância epidemiológica e lá eles alimentam o sistema. Esse é o mais certo que a gente... Que eu consigo enxergar hoje. Os demais,**

sinceramente, não são fidedignos porque não tem uma alimentação constante. Aonde que é o erro de tudo isso? O erro de gerencial. De gerencial e recursos humanos. A gente a gente não tem na verdade recursos humanos disponível, que mantenha essa integração pra estar alimentando o sistema. O enfermeiro às vezes mesmo na função primária, da função básica, ele não tem uma, às vezes o serviço dele não está na promoção de saúde, esta muito mais na curativa, na terapêutica do que na promoção de saúde. Infelizmente, como tá um pouco sucateado nosso atendimento da atenção primária, e a terciária acabam olhando mais pra ela os próprios pacientes também acreditam mais nela porque ela acaba, entre aspas, um pouco mais resolutiva, a gente perde um pouco de espaço e acaba também indo pro mesmo lado. Então hoje, resume a atenção primária hoje: A gente não tem uma ação efetividade de promoção de saúde. No geral não, em minha opinião não tem. Tem muita coisa que funciona, se falar isso pra alguém, vai achar ruim... muita coisa funciona, porque estou dentro dela. Hoje ela é 100%? Não é fechado. A gente no centro de saúde a gente atende uma área de... grande, com 50.000 pessoas a população, é muito grande. E a gente não tem uma cobertura de... de área mesmo do PSF, que é pra era pra ser maior, de atenção primária na Ceilândia, em torno de 18% da população, na Ceilândia, eu nem coloquei dentro dos 50.000 que aqui eu vou ter, acho que vou ter na minha área eu vou ter mais ou menos de 15 a 20% de cobertura de PSF. O que quer dizer isso? O ACS vai na casa, visita, tem uma equipe... Médico pra atender, a população na verdade. Tem enfermeiro disponível, técnico disponível, tudo isso. Muita gente fica de fora. Muita gente. Quem dera, se a gente já tivesse parametrizado, é o que, todos os 50.000 que eu atendo todos no sistema de PSF, ou seja, no sistema de saúde da família. Eu volto pro curativismo de novo. Eu tenho uma população de 100 pessoas, eu consigo atender 100 pessoas ao mesmo tempo? Não consigo. Quem eu vou priorizar? Quem mais precisa. E você que é jovem? Que eu tinha que agir pra cuidar da sua alimentação, seu estilo de vida, entendeu? Evitar que você se contamine com qualquer tipo de doença, por exemplo, DST. Não, eu vou naquele que já tá doente, eu tenho que focar nele porque se não eu vou piorar a vida dele. E você eu vou deixar que chegue até ele, pra depois eu cuidar de você. Infelizmente isso acontece. Vai na contramão de tudo que a gente lê direitinho. Se você ler realmente o SUS é perfeito. Ele é exportado pra vários países, mas na prática aqui dentro do GDF... A gente... Olha... Eu tenho igual a mim te falei... Eu tenho cinco anos de GDF vou fazer cinco anos é... Já melhorou muito, a atenção primaria de quando eu entrei, pra hoje melhorou muito, muito. A gente tinha antigamente a atenção primária, dentro dessa versão da saúde da família que é do PSF, era política, cada governo que entrava ele montava o seu programa, saúde da família, saúde casa... Lembra-se disso? Hoje não, hoje tem o programa,

ele é do Estado e agora tem concurso pra entrar. Não tem mais como mudar, pode até mudar o nome, mas as pessoas vão continuar trabalhando. Então hoje tem uma estabilidade melhor. Tanto que você vê que a gente tem uma cobertura fixa, a gente já tem unidade, por exemplo, lá no laboratório, uma parte do laboratório é só para o Programa Saúde da Família. A gente tem uma previsão de construir três clínicas da família aqui na Ceilândia. Se a gente for pensar na saúde, o que é melhor evitar é melhor evitar que você vá até o hospital não é isso, então o que tem que fazer, aqui tenho vacina HPV, se fosse mais jovem, tenho o programa de DST, tenho o preventivo aqui que você pode marcar um preventivo numa consulta com ginecologista, pra prevenir qualquer tipo de câncer, câncer de mama, de colo uterino, tenho palestra pra adultos e jovens pra prevenir a obesidade, então isso que era o foco, que através daí eu consigo construir lá daqui a 10 anos, 15 anos, uma saúde mais estável, mas não, eu vou criar uma UPA aqui, porque isso, porque eu dou uma resposta rápida à população. Pra eu fazer promoção de saúde eu preciso de pelo menos, sei lá, cinco anos, pra eu poder enxergar minha resposta. Então infelizmente a visão gerencial, que eu falo isso é nacional... Né... Saúde Brasil ela é política, assim infelizmente.

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Lá tive contato diretamente com o SIAB que é o principal sistema de informação que a gente tem.</p> <p>b) Só que ele, ele ainda é falho, porque, o que acontece, a gente tem varias ações que faz dentro do PSF que não é divulgada a nível Central, a gente fica só no teste. O que eu tenho de informação dentro do SIAB: Gestante, hipertenso, diabético, criança até dois anos, e alguns agravos como hanseníase tuberculose, chagas... Não me lembro de outro agora. Então só esses e pronto. Então são só esses que conta. Então tudo isso sou limitado às informações que eu mando pro nível central. Eu sou limitado nas informações que eu mando pro nível central em nível de SIAB, por mais que informe isso de maneira informal, mas eu não recebo recurso pra isso.</p> <p>c) Então o dinheiro quando é repassado pelo ministério da saúde quando a gente fala sistema de informações, a gente fala de dados estatísticos pra poder</p>	<p>a) O profissional teve contato com o SIAB quando trabalhou no PSF.</p> <p>b) Considera o SIAB falho por que as informações sobre as ações realizadas no PSF são limitadas, somente passa para nível central informações específicas dos grupos de risco e não recebe recurso para as ações que são informadas de maneira informal.</p> <p>c) Considera que quando se fala em sistemas de informação quer dizer dados estatísticos que levam a indicadores, número de pessoas cadastradas e equipes funcionando que por sua vez geram o investimento do governo federal e distrital.</p> <p>d) Considera o SIAB pobre de informação e que a atenção primária faz muito mais coisa do que ele exige, se as ações fossem somente para manter dados estatísticos não conseguiria trabalhar tudo o que é necessário na população.</p> <p>e) Vê o sistema da vigilância epidemiológica como o único que</p>

<p>gente ver indicadores, a gente fala também de investimento no momento eu tenho mais pessoas cadastradas eu tenho equipe funcionando o estado vai teoricamente ter um investimento maior e um repasse melhor do Ministério da saúde e do GDF...</p> <p>d) Então o SIAB como é que é ele hoje: ele não é online ele é um programa que é instalado local ACS vem e alimenta o sistema de formação através de sistema eu pego ele consolidar os dados da Ceilândia mando pro nível central. Tanto ele no papel, como online. Só que em minha opinião ele é muito pobre (SIAB) de informação a atenção primária faz muito mais coisas do que ele exige. Se gente fizer só que deseja pra manter dados estatísticos a gente não conseguiria trabalhar tudo o que precisa, entendeu?</p> <p>e) O único sistema de informação que consigo ver que funciona, por eu ter contato com ele, talvez eu esteja desinformado é o sistema de agravos feito pela vigilância sanitária, quer dizer vigilância epidemiológica, desculpe. Notificação compulsória, então esse funciona, porque, porque além de eu fazer a notificação aqui, ela é mandada pela vigilância epidemiológica e lá eles alimentam o sistema. Esse é o mais certo que a gente... Que eu consigo enxergar hoje.</p> <p>f) Os demais, sinceramente, não são fidedignos porque não tem uma alimentação constante.</p> <p>g) Aonde que é o erro de tudo isso? O erro de gerencial. De gerencial e recursos humanos. A gente não tem na verdade recursos humanos disponível, que mantenha essa integração pra estar alimentando o sistema.</p>	<p>funciona por que os agravos de notificação compulsória são alimentados no centro de saúde e depois repassados para a vigilância que alimenta o sistema de informação.</p> <p>f) Ele acredita que a alimentação dos SIS não é constante por isso os dados não são fidedignos.</p> <p>g) Acredita que os erros na alimentação dos SIS são gerenciais por que não há recursos humanos para fazer a alimentação correta dos SIS.</p>
--	---

**Tema****A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)**

	Interpretação
<p>a) O profissional teve contato com o SIAB quando trabalhou no PSF.</p> <p>e) Vê o sistema da vigilância epidemiológica como o único que funciona por que os agravos de notificação compulsória são alimentados no centro de saúde e depois repassados para a vigilância que alimenta o sistema de informação.</p>	<p>Trabalhar no PSF leva ao contato com o SIAB.</p> <p>Alimentar os sistemas e depois repassá-los a outro órgão que analisa as informações e então repassa ao MS torna o sistema mais funcional.</p>

**B - Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde**

	Interpretação
<p>c) Considera que quando se fala em sistemas de informação quer dizer dados estatísticos que levam a indicadores, número de pessoas cadastradas e equipes funcionando que por sua vez geram o investimento do governo federal e distrital.</p>	<p>Os SIS fornecem dados estatísticos que geram indicadores e dados sobre a população atendida, equipes que atendem essa população. Todas essas informações geram o investimento do governo no setor.</p>

**C - Reflexão sobre a veracidade dos dados**

	Interpretação
<p>f) Acredita que a alimentação dos SIS não é constante por isso os dados não são fidedignos.</p>	<p>Devido à alimentação do sistema não ser constante os dados não podem ser considerados fidedignos.</p>

**D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS**

	Interpretação
<p>b) Considera o SIAB falho por que as informações sobre as ações realizadas no PSF são limitadas, somente passa para nível central informações específicas dos grupos de risco e não recebe recurso para as ações que são informadas de maneira informal.</p> <p>d) Considera o SIAB pobre de informação e que a atenção primária faz muito mais coisa do que ele exige, se as ações fossem somente para manter dados estatísticos não conseguiria trabalhar tudo o que é</p>	<p>Os aspectos deficitários incluem a limitação das informações passadas a nível central sobre as ações realizadas no PSF, muitas delas são informadas informalmente e não recebem recurso financeiro para a realização. Logo as ações realizadas na atenção primária são muito mais abrangentes do que aquilo que é pedido na alimentação dos sistemas. Outro aspecto deficitário é a alimentação dos sistemas feita de forma incorreta por falta de recursos humanos e esta acontece</p>

necessário na população. g) Acredita que os erros na alimentação dos SIS é gerencial por que não há recursos humanos para fazer a alimentação correta dos SIS.	por erros gerenciais.
---	-----------------------

#### TESEU

Então o sistema de informação em saúde, que a gente tem aqui, no Track Care, pra mim, a gente tem que alimentar a questão do SINASC, SINAN, SIAB, então assim são esses que a gente tem contato com a atenção básica, então quando eu faço algum procedimento e eu tenho que contabilizar fazer a estatística final, são esses que eu tenho que tá alimentando. E essas estatísticas de uma forma prática não voltam pra mim, voltam pro gerente do centro de saúde, então ele fica sabendo qual foi à produtividade mensal e anual do centro de saúde e aí ele estabelece metas faz planificações estratégicas para os anos subsequentes, então assim, por exemplo, eu fico sabendo o numero de gestantes que foram atendidas dentro de um mês, bimestre, semestre e anual, então baseado nisso ele tem como tá me orientando, o numero de vagas que eu preciso disponibilizar o atendimento que o médico precisa tá realizando pra efetivamente tá atendendo a população alvo, então na verdade não volta diretamente pra mim que alimenta, volta pra quem tá acima de mim e me orienta depois. Agora em relação às dificuldades no caso do Track Care ele foi falho no sentido de que ele não me permite fazer alimentação direta, então, por exemplo, eu não tenho o Excel, eu não tenho como tá alimentando uma planilha diretamente eu tenho que fazer manualmente, manuscrito, ai eu levo pra secretaria do gerente, ela que digita no Excel, e ai ela tabula os dados pra mim, por que eu não tenho como tabular na sala que eu atuo, por que eu não tenho o programa, ai eu tenho que fazer manualmente todo mês, transcrever a produtividade e ai ela que lança pra mim na planilha que tem na sala do gerente, então eu não tenho acesso a uma planilha que já me agiliza eu poderia ta fazendo o atendimento diário e já ir alimentando essa planilha, não, o que eu faço, no final do mês eu levo dois, três dias tabulando dado a dado, retirando de livro, atendimentos que foram realizados pelo médico, eu assim eu levo dois, três dias, fazendo algo que poderia fazer em um clique no computador estaria pronto, uma planilha no Excel montadinha pra mim no computador, na hora que eu inserisse a paciente a planilha já ia ser alimentada.

Eu vejo assim: As duas nuances: **Facilitou no sentido de agilizar muitos dos procedimentos que eram necessários para a gente passar pro papel, esperar retornar,**

encontrar a referência... Agora por exemplo, eu pedi um exame no Trak Care e o exame esta pronto, ele aparece automaticamente no sistema. Então isso agiliza no atendimento. Ao mesmo tempo o sistema não tem tudo que eu preciso, então ele fica falho, quando eu estava te falando, quando eu não tenho o Excel, eu não consigo alimentar automaticamente, então as planilhas ficam soltas, não volta pra mim à tabulação da meta atual, eu não fico sabendo da nossa produtividade. Então isso também é falho, só se o responsável pela tabulação geral me mandasse por e-mail, ele também não manda, não é obrigação dele mandar pra mim diretamente, eu estou na ponta não recebo, ele manda pro gerente. Então era importante pelo meio da tecnologia a gente tivesse o *feedback*. A referência, mas que eu tivesse a contra-referência, infelizmente a gente ainda não tem. A gente ainda não teve esse ganho substancial da tecnologia. Por exemplo, o citopatológico, que é o papa-nicolau, para prevenção do câncer de colo uterino, ele não ta informatizado, ainda vem papelzinho da citopatologia do HMIB eu tenho que esperar via malote chegar pra mim. Então se tivesse informatizado em vez de levar 90 dias pra ficar pronto, ficaria pronto em uma semana. Então assim, outra coisa, as puérperas ganhou neném lá no HRC eu não sabendo quantos dias ela permaneceu internada, se ela teve alta, se teve intercorrência, não volta pra mim via sistema. Então assim o sistema tá fragmentado, ainda tá falho, não tá congruente nas diversas camadas de atenção, por exemplo, estou aqui na atenção básica, a atenção secundária poderia estar me repassando informação pra eu dar continuidade nessa assistência quando ela retornasse pra mim, a não ser quando a paciente me procura. Então quem esta ainda mais próximo do paciente, o PSF, não ta informatizado, então eles também não tem acesso ao que eu faço aqui no CS. Ele ta lá na ponta e não sabe o que esta acontecendo com o paciente que ta aqui dentro. Ao mesmo tempo que a gente tem a ferramenta à gente não está tendo como utilizar. Ela não tá efetiva ainda. A gente quer que melhore, a gente tem ansiedade de fazer a coisa funcionar.

O DATASUS, por exemplo, é nacional, mas é defasado porque quem está na ponta não está alimentando direito, então o dado mente pra você principalmente os do Ministério da Saúde que tem uma defasagem de 2 a 3 anos, tem coisa que chega pra gente aqui com 2, 3 anos de atraso. As vacinas, a gente fica sabendo a cobertura vacinal por meio da imprensa e passa as informações de quantidade de vacinas pelo telefone e alguém lá passa pro sistema. Outra coisa é ter ferramenta e não saber usa-la ou não poder usa-la por que nós não temos gerador se acaba a energia não tem como trabalhar com o siste

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Então o sistema de informação em saúde, que a gente tem aqui, no Track Care, pra mim, a gente tem que alimentar a questão do SINASC, SINAN, SIAB, então assim são esses que a gente tem contato com a atenção básica, então quando eu faço algum procedimento e eu tenho que contabilizar fazer a estatística final, são esses que eu tenho que tá alimentando.</p> <p>b) E essas estatísticas de uma forma prática não voltam pra mim, voltam pro gerente do centro de saúde, então ele fica sabendo qual foi à produtividade mensal e anual do centro de saúde e aí ele estabelece metas faz planificações estratégicas para os anos subsequentes, então assim, por exemplo, eu fico sabendo o numero de gestantes que foram atendidas dentro de um mês, bimestre, semestre e anual, então baseado nisso ele tem como tá me orientando, o numero de vagas que eu preciso disponibilizar o atendimento que o médico precisa tá realizando pra efetivamente tá atendendo a população alvo, então na verdade não volta diretamente pra mim que alimenta, volta pra quem tá acima de mim e me orienta depois.</p> <p>c) Agora em relação às dificuldades no caso do Track Care ele foi falho no sentido de que ele não me permite fazer alimentação direta, então, por exemplo, eu não tenho o Excel, eu não tenho como tá alimentando uma planilha diretamente eu tenho que fazer manualmente, manuscrito, ai eu levo pra secretaria do gerente, ela que digita no Excel, e ai ela tabula os dados pra mim, por que eu não tenho como tabular na sala que eu atuo, por que eu não tenho o programa, ai eu tenho que fazer manualmente todo mês, transcrever a produtividade e ai ela que lança pra mim na planilha que tem na sala do gerente, então eu não tenho acesso a uma planilha que já me agiliza eu poderia ta fazendo o atendimento diário e já ir alimentando essa planilha, não, o que eu faço, no final do mês eu levo dois, três dias tabulando dado a dado, retirando de livro, atendimentos</p>	<p>a) Considera que os sistemas de informação que tem contato na atenção básica são o Track Care, o SINASC, SINAN e SIAB, esses precisam ser alimentados quando são feitos procedimentos, é necessário contabilizar e fazer a estatística final desses sistemas.</p> <p>b) As estatísticas não voltam para esse profissional de forma prática, voltam para o gerente do centro de saúde que informa ao profissional a produtividade e estabelece as metas, faz às planificações estratégicas dos anos seguintes, o profissional recebe a orientação do gerente para saber número de vagas a serem disponibilizadas para o atendimento médico alcançar a população-alvo.</p> <p>c) Considera o Track Care falho por que ele não faz a alimentação direta dos sistemas de informação em saúde, não há uma ligação, coloca que se houvesse uma planilha aonde os dados fossem inseridos no momento em que lançasse as informações da paciente não seria necessário o trabalho manuscrito e depois tabulação de dados para alimentar os sistemas.</p> <p>d) Considera que o Track Care facilitou por que não é preciso realizar os processos manuais para realizar um procedimento ou para pedir e analisar exames, de forma ágil isso agora acontece via sistema e otimiza o atendimento.</p> <p>e) Considera que uma das falhas dos sistemas e não ter um feedback de forma informatizada para quem está na ponta da atenção.</p> <p>f) A informatização da análise de alguns procedimentos, como o citopatológico, poderia demandar menos tempo do que se leva atualmente para realizar o processo.</p> <p>g) Os sistemas de informação ainda estão falhos, pois encontram-se fragmentados nos níveis de atenção a saúde e não chega na ponta da atenção que é o PSF porque esse ainda não foi informatizado.</p> <p>h) Demonstra ansiedade por fazer os</p>

que foram realizados pelo médico, eu assim eu levo dois, três dias, fazendo algo que poderia fazer em um clique no computador estaria pronto, uma planilha no Excel montadinha pra mim no computador, na hora que eu inserisse a paciente a planilha já ia ser alimentada.

d) Facilitou no sentido de agilizar muitos dos procedimentos que eram necessários para a gente passar pro papel, esperar retornar, encontrar a referência... Agora por exemplo, eu pedi um exame no Trak Care e o exame está pronto, ele aparece automaticamente no sistema. Então isso agiliza no atendimento.

e) Ao mesmo tempo o sistema não tem tudo que eu preciso, então ele fica falho, quando eu estava te falando, quando eu não tenho o Excel, eu não consigo alimentar automaticamente, então as planilhas ficam soltas, não volta pra mim à tabulação da meta atual, eu não fico sabendo da nossa produtividade. Então isso também é falho, só se o responsável pela tabulação geral me mandasse por e-mail, ele também não manda, não é obrigação dele mandar pra mim diretamente, eu estou na ponta não recebo, ele manda pro gerente. Então era importante pelo meio da tecnologia a gente tivesse o *feedback*.

f) Por exemplo, o citopatológico, que é o papa-nicolau, para prevenção do câncer de colo uterino, ele não tá informatizado, ainda vem papelzinho da citopatologia do HMIB eu tenho que esperar via malote chegar pra mim. Então se tivesse informatizado em vez de levar 90 dias pra ficar pronto, ficaria pronto em uma semana.

g) Então assim o sistema tá fragmentado, ainda tá falho, não tá congruente nas diversas camadas de atenção, por exemplo, estou aqui na atenção básica, a atenção secundária poderia estar me repassando informação pra eu dar continuidade nessa assistência quando ela retornasse pra mim, a não ser quando a paciente me procura. Então quem esta ainda mais próximo do paciente, o

processos funcionarem, mas vê que ainda não há efetividade na ferramenta (SIS) e por isso não tem como utilizar.

i) Considera o DATASUS defasado pois quem está na ponta não alimenta da forma correta, logo o dado mente para o profissional, pois as informações chegam com atraso de anos.

j) Coloca que é necessário ter outros instrumentos para o uso dos sistemas de informação como o gerador de energia na unidade de saúde, além de saber usar a ferramenta.

<p>PSF, não ta informatizado, então eles também não tem acesso ao que eu faço aqui no CS. Ele ta lá na ponta e não sabe o que esta acontecendo com o paciente que ta aqui dentro.</p> <p>h) Ao mesmo tempo que a gente tem a ferramenta a gente não está tendo como utilizar. Ela não tá efetiva ainda. A gente quer que melhore, a gente tem ansiedade de fazer a coisa funcionar.</p> <p>i) O DATASUS, por exemplo, é nacional mas é defasado porque quem está na ponta não está alimentando direito, então o dado mente pra você principalmente os do Ministério da Saúde que tem uma defasagem de 2 a 3 anos, tem coisa que chega pra gente aqui com 2, 3 anos de atraso. As vacinas, a gente fica sabendo a cobertura vacinal por meio da imprensa e passa as informações de quantidade de vacinas pelo telefone e alguém lá passa pro sistema.</p> <p>j) Outra coisa é ter ferramenta e não saber usa-la ou não poder usa-la por que nós não temos gerador se acaba a energia não tem como trabalhar com o sistema.</p>	
---	--

### Tema

#### A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

	Interpretação
<p>a) Considera que os sistemas de informação que tem contato na atenção básica são o Track Care, o SINASC, SINAN e SIAB, esses precisam ser alimentados quando são feitos procedimentos, é necessário contabilizar e fazer a estatística final desses sistemas.</p>	<p>Os sistemas Track Care, SINASC, SINAN e SIAB precisam ser alimentados quando são feitos procedimentos pelo profissional, sendo necessário posteriormente fazer a estatística desses sistemas.</p>

#### B - Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde

	Interpretação
<p>b) As estatísticas não voltam para esse profissional de forma prática, voltam para o gerente do centro de saúde que informa ao profissional a produtividade e estabelece as metas, faz às planificações</p>	<p>As estatísticas geradas pelos sistemas de informação são responsáveis pelo planejamento do serviço, como por exemplo, numero de vagas a serem disponibilizadas para alcançar o público-</p>

estratégicas dos anos seguintes, o profissional recebe a orientação do gerente para saber número de vagas a serem disponibilizadas para o atendimento médico alcançar a população-alvo.	alvo, metas a serem alcançadas e produtividade do serviço, essas informações são passadas da gerência para o profissional.
---	--

### C - Reflexão sobre a veracidade dos dados

	Interpretação
i) Considera o DATASUS defasado, pois quem está na ponta não alimenta da forma correta, logo o dado mente para o profissional, pois as informações chegam com atraso de anos.	A alimentação dos sistemas não é feita de forma correta, assim o dado não é verídico. O atraso das informações defasa o sistema.

### D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS

	Interpretação
<p>c) Considera o Track Care falho por que ele não faz a alimentação direta dos sistemas de informação em saúde, não há uma ligação, é relatado que se houvesse uma planilha aonde os dados fossem inseridos no momento em que lançasse as informações da paciente não seria necessário o trabalho manuscrito e depois tabulação de dados para alimentar os sistemas.</p> <p>d) Considera que o Track Care facilitou por que não é preciso realizar os processos manuais para realizar um procedimento ou para pedir e analisar exames, de forma ágil isso agora acontece via sistema e otimiza o atendimento.</p> <p>e) Considera que uma das falhas dos sistemas e não ter um feedback de forma informatizada para quem está na ponta da atenção.</p> <p>f) A informatização da análise de alguns procedimentos, como o citopatológico, poderia demandar menos tempo do que se leva atualmente para realizar o processo.</p> <p>g) Os sistemas de informação ainda estão falhos, pois encontram-se fragmentados nos níveis de atenção a saúde e não chega na ponta da atenção que é o PSF porque esse ainda não foi informatizado.</p>	<p>A alimentação dos sistemas de informação não é direta por que eles não estão interligados, logo o trabalho de alimentar é feito várias vezes. Também não há um retorno ao profissional que está na ponta do serviço, sobre as informações alimentadas.</p> <p>A otimização do atendimento aconteceu com a implantação do Track Care, mas procedimentos que ainda não foram informatizados demoram a ser feitos, os SIS ainda estão fragmentados nos níveis de atenção em saúde e distribuídos de forma desigual entre elas.</p> <p>A falta de efetividade da ferramenta (SIS) leva a não utilização da mesma, bem como a falta de condições favoráveis ao seu uso (gerador de energia).</p>

<p>h) Demonstra ansiedade por fazer os processos funcionarem, mas vê que ainda não há efetividade na ferramenta (SIS) e por isso não tem como utilizar.</p> <p>j) Coloca que é necessário ter outros instrumentos para o uso dos sistemas de informação como o gerador de energia na unidade de saúde, além de saber usar a ferramenta.</p>	
---	--

## CADMO

**Em relação ao Trak Care, é o sistema agora que nós temos que estar fazendo atendimento e esses outros SINASC, esses eu não tenho contato porque geralmente são pessoas que tem que passar estatística. Estou mais na parte de atendimento, atendo hipertenso, diabético, geralmente só é colhido só pedem quantos diabéticos, quantos hipertensos têm então eu só passo esses dados pra quem ta diretamente ligado a esses sistema.** Tinha antigamente o hiperdia, que todos os pacientes que eram hipertenso ou diabético, eram cadastrados, qual medicação, uma série de perguntas. Era do MS. Eu achava superinteressante porque e era a área que eu estava trabalhando e eu também gostaria de saber quantos hipertensos e quantos diabéticos existem. Mas não foi pra frente, nos fizemos por muito e muito tempo à coleta desses dados aguardando que servissem pro MS para alimentar, mas não tinha como nós fazermos, passarmos diretamente pro computador. **Aqui computador não existia na época igual esta existindo hoje aqui, eram poucos, hoje praticamente temos computador em todas as salas, mas eu não sei as siglas, de todas essas nomenclaturas, esses nomes. Sinceramente não. Porque eu não lido diretamente com essas estatísticas. Não cheguei, a saber, quantos diabéticos tinham na nossa área, ou quantos estavam recebendo medicação, ou seja, foram alimentados esses dados no MS, mas não recebemos dados nenhum.** Nós sabemos quantos pacientes nós tínhamos aqui, porque há dois anos, nós tínhamos um sistema de cartão, então cada paciente que pegava medicação da nossa área, tinha um cartão com ele e um cartão espelho. Então todas às vezes, esses pacientes estavam todos numa lista, até hoje eu tenho essa lista, de 2011. E todo ano nós olhávamos cartão por cartão para olhar se o paciente já não estava pegando mais. Se tinha um ano que ele não pegava medicação, ele era eliminado dessa lista. Então nós sabíamos todos os pacientes hipertensos, diabéticos, quem pegava insulina, nós sabíamos todos esses pacientes. Se alguém chegasse aqui, quantos hipertensos e diabéticos é da sua área? Porque todo paciente diabético e hipertenso dessa área pega medicação nesse centro de saúde. A maioria

não vai comprar, ou se compra pega uma ou duas medicações. Depois desse período trocou-se esses cartões apenas por receita. Então só valia a receita. Então nos perdemos quantos diabéticos e hipertensos na realidade nós tínhamos, quantos usavam insulina, até o tipo de insulina nos observávamos, porque tem paciente que usa NPH, regular, Lantus, ultrarrápida (que não pega aqui) no cartão espelho que constava. **O único controle que tenho realmente hoje é dos pacientes que eu acompanho que não são todos.** A partir de agora eu não vou atender mais hipertenso por causa da demanda de diabéticos. Somente eu fazia atendimento de hipertenso e diabético. Como a procura foi aumentando eu já estava fazendo uma lista de espera de diabéticos. Não tinha mais vaga. Conversei com a chefia que nos teríamos que priorizar apenas uma clientela, que seriam os diabéticos. Então deixei de atender. Os hipertensos ficaram muito chateados porque era um grupo bem sistematizado, eles já sabiam que daqui há seis meses estariam de volta para renovar a receita, eles não precisariam vir aqui cedo, estão reclamando 'eu preciso vir duas horas da manhã para conseguir uma consulta'. Infelizmente não tem. Se tivesse uma enfermeira, a enfermeira estaria trocando essa receita, intercalando com o médico, só a quantidade de medico para trocar. O cartão valia um ano. Tanto eu quanto o um clínico poderíamos renovar esse cartão. Então esse paciente tava controlado, não renovava. Agora não, esse paciente precisa vir de seis em seis meses trocar receita, quando não de quatro em quatro, porque farmácia popular só vale quatro meses, e nos não temos médicos suficientes pra fazer essa troca dos hipertensos porque o diabético eu já faço essa troca, ameniza a demanda para o clínico. E agora o hipertenso não estamos. **Todas essas siglas que existem, sei que alimentam alguma necessidade, são dados que são alimentados nesses sistemas, mas realmente eu não tenho essa proximidade com esses recursos, essas informações. Trabalho diretamente com a assistência. O PSF tem que dar todos esses dados. Mas nós que estamos aqui no CS, fornecemos os dados para alguém que esta fazendo, repassando a informação. Dados: Glicemia, sala do adulto, quantos pacientes, em relação às fitas também, todas as fitas entregues são glicemias feitas em domicilio nos pacientes, então nos temos que passar esses dados pra quem esta fazendo a parte de estatística. Quantos pacientes diabéticos são atendidos, acompanhados no grupo. O pé diabético também é estatística. Todos os pacientes que eu faço curativo estão no sistema. Eles vão fazer essa captação pelo sistema, gerar dados, de quantos curativos de pé diabéticos está sendo feitos no CS. O Track Care facilitou em relação a não ter perda de prontuário, não preciso estar aguardando alguém trazer o prontuário, que às vezes não esteja... O paciente chegou a ter que estar pedindo alguém para ir buscar... Nós tínhamos que estar procurando... em relação aos exames,**

**diminuíram as perdas dos exames, as vezes ocorre duplicidade de prontuário, eu vou na pesquisa, digito o nome e data de nascimento e descubro que tem mais de um prontuário e em um desses prontuários está o exame. Então facilitou, pra mim facilitou, essa forma de atender o paciente em relação ao exame e prontuário. Claro que demorou mais, porque quem não tem agilidade de digitar, demora mais. A gente cata, cata as letrinhas e consegue. Mas pra mim foi satisfatório, muito bom.**

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>a) Em relação ao Trak Care, é o sistema agora que nós temos que estar fazendo atendimento e esses outros SINASC, esses eu não tenho contato porque geralmente são pessoas que tem que passar estatística. Estou mais na parte de atendimento, atendo hipertenso, diabético, geralmente só é colhido só pedem quantos diabéticos, quantos hipertensos têm então eu só passo esses dados pra quem ta diretamente ligado a esses sistema.</p> <p>b) Aqui computador não existia na época igual esta existindo hoje aqui, eram poucos, hoje praticamente temos computador em todas as salas, mas eu não sei as siglas, de todas essas nomenclaturas, esses nomes. Sinceramente não. Porque eu não lido diretamente com essas estatísticas.</p> <p>c) Não cheguei, a saber, quantos diabéticos tinham na nossa área, ou quantos estavam recebendo medicação, ou seja, foram alimentados esses dados no MS, mas não recebemos dados nenhum.</p> <p>d) O único controle que tenho realmente hoje é dos pacientes que eu acompanho que não são todos.</p> <p>e) Todas essas siglas que existem, sei que alimentam alguma necessidade, são dados que são alimentados nesses sistemas, mas realmente eu não tenho essa proximidade com esses recursos, essas informações. Trabalho diretamente com a assistência.</p>	<p>a) Considera que não tem contato com os SI do Ministério da saúde por que quem tem contato geralmente são as pessoas que tem que passar as estatísticas, o profissional passa o quantitativo de diabéticos e hipertensos para outra pessoa.</p> <p>b) Não havia computadores na unidade como há atualmente, mesmo assim desconhece as siglas dos SIS e acredita que se deve ao fato de não lidar diretamente com as estatísticas.</p> <p>c) Não recebeu os dados do MS que foram alimentados no centro de saúde sobre o quantitativo e perfil da clientela atendida.</p> <p>d) Somente tem controle de dados dos pacientes que acompanha que não todos os diabéticos da área de abrangência do centro de saúde.</p> <p>e) Reconhece que as siglas referentes aos sistemas de informação alimentam alguma necessidade, através de dados, mas não tem proximidade com essas informações por trabalhar diretamente com a assistência.</p> <p>f) Considera que o PSF tem que fornecer os dados para os SIS, mas aqueles que atendem no centro de saúde e não são do PSF passam os dados para outra pessoa que faz a estatística, passa todos os dados relacionados aos pacientes atendidos, inclusive de procedimentos e então é feita a estatística a partir dos dados repassados.</p> <p>g) O Track Care segundo este</p>

<p>f) O PSF tem que dar todos esses dados. Mas nós que estamos aqui no CS, fornecemos os dados para alguém que esta fazendo, repassando a informação. Dados: Glicemia, sala do adulto, quantos pacientes, em relação às fitas também, todas as fitas entregues são glicemias feitas em domicilio nos pacientes, então nos temos que passar esses dados pra quem esta fazendo a parte de estatística. Quantos pacientes diabéticos são atendidos, acompanhados no grupo. O pé diabético também é estatística. Todos os pacientes que eu faço curativo estão no sistema. Eles vão fazer essa captação pelo sistema, gerar dados, de quantos curativos de pé diabéticos está sendo feitos no CS.</p> <p>g) O Track Care facilitou em relação a não ter perda de prontuário, não preciso estar aguardando alguém trazer o prontuário, que às vezes não esteja... O paciente chegou a ter que estar pedindo alguém para ir buscar... Nós tínhamos que estar procurando.... Em relação aos exames, diminuíram as perdas dos exames, às vezes ocorre duplicidade de prontuário, eu vou na pesquisa, digito o nome e data de nascimento e descubro que tem mais de um prontuário e em um desses prontuários está o exame. Então facilitou, pra mim facilitou, essa forma de atender o paciente em relação ao exame e prontuário. Claro que demorou mais, porque quem não tem agilidade de digitar, demora mais. A gente cata, cata as letrinhas e consegue. Mas pra mim foi satisfatório, muito bom.</p>	<p>profissional facilitou na busca de prontuário e no pedido e análise de exames, considera que o processo, no entanto demora mais por conta da falta de agilidade com a digitação.</p>
--	---

**Tema****A - A experiência com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS)**

	Interpretação
<p>a) Considera que não tem contato com os SI do Ministério da saúde por que quem tem contato geralmente são as pessoas que tem que passar as estatísticas, o profissional passa o quantitativo de diabéticos e hipertensos para outra pessoa.</p> <p>b) Não havia computadores na unidade como há atualmente, mesmo assim desconhece as siglas dos SIS e acredita que se deve ao fato de não lidar diretamente com as estatísticas.</p> <p>e) Reconhece que as siglas referentes aos sistemas de informação alimentam alguma necessidade, através de dados, mas não tem proximidade com essas informações por trabalhar diretamente com a assistência.</p> <p>f) Considera que o PSF tem que fornecer os dados para os SIS, mas aqueles que atendem no centro de saúde e não são do PSF passam os dados para outra pessoa que faz a estatística, passa todos os dados relacionados aos pacientes atendidos, inclusive de procedimentos e então é feita a estatística a partir dos dados repassados.</p>	<p>O enfermeiro assistencial não tem contato com os SIS, pois só passam o quantitativo de atendimentos e a partir deste outra pessoa faz as estatísticas, logo como não lida diretamente com as estatísticas, desconhece as siglas e seus significados.</p> <p>Os enfermeiros de PSF fornecem o dado diretamente ao SIS, já os assistenciais repassam as informações pedidas.</p>

**B - Importância dos SIS e seu universo para a tomada de decisão em saúde**

	Interpretação
-	-

**C - Reflexão sobre a veracidade dos dados**

	Interpretação
-	-

**D - Explicação dos aspectos qualitativos e deficitários dos SIS**

	Interpretação
c) Não recebeu os dados do MS que foram alimentados no centro de saúde sobre o quantitativo e perfil da clientela atendida.	Não há um retorno dos dados fornecidos pelo profissional e por isso o enfermeiro assistencial somente tem os dados dos pacientes que acompanha. A

<p>d) Somente tem controle de dados dos pacientes que acompanha que não todos os diabéticos da área de abrangência do centro de saúde.</p> <p>g) O Track Care segundo este profissional facilitou na busca de prontuário e no pedido e análise de exames, considera que o processo, no entanto demora mais por conta da falta de agilidade com a digitação.</p>	<p>informatização facilitou a busca do dado, mas tornou o processo mais demorado pela falta de agilidade do profissional com a tecnologia.</p>
---	--

## ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Resgatando a experiência vivida sobre sistemas de informação em saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF.**

O objetivo desta pesquisa é entender qual é a experiência do enfermeiro da atenção básica com os sistemas de informação, traçar o seu o perfil profissional e refletir sobre em que ações e momentos do processo de tomada de decisão o enfermeiro percebe a importância dos sistemas de informação e como ele os usa.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma entrevista, gravada, que o(a) senhor(a) deverá ser respondida na seu próprio ambiente de trabalho na data combinada em uma única visita em tempo variável para sua realização. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Este projeto foi \_\_\_\_\_ pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) \_\_\_\_\_.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – FEPECS/SES-DF



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Resgatando a experiência vivida sobre sistemas de informação em saúde por enfermeiros de um centro de saúde do DF.

**Pesquisador:** Carlos Eduardo dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13810013.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 239.781

**Data da Relatoria:** 25/03/2013

**Apresentação do Projeto:**

O Sistema Nacional de Saúde tentou trazer aos estados e municípios a responsabilidade pela saúde local mesmo assim as ações federais caóticas e descoordenadas continuaram e a autonomia do ministério da saúde sobre o então sistema de saúde não era evidenciada. No mesmo ano também foi feita uma normatização da informação sobre mortalidade com adesão de um formulário único e nacional de declaração de óbito.

**Objetivo da Pesquisa:**

entender qual é a experiência do enfermeiro da atenção básica com os sistemas de informação, traçar o seu perfil profissional e refletir sobre em que ações e momentos do processo de tomada de decisão o enfermeiro percebe a importância dos sistemas de informação e como ele os usa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não foram citados os riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa será a fenomenologia. O local de inquérito da pesquisa é o centro de saúde número 8 da Ceilândia, e os colaboradores da pesquisa são enfermeiros que trabalham neste local e vivenciam o fenômeno.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

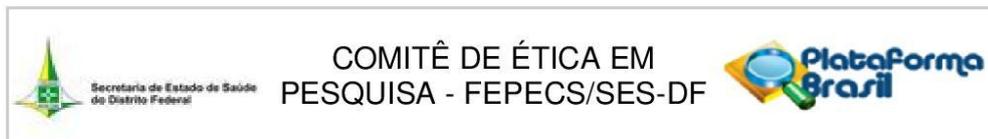
**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

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



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados.

**Recomendações:**

Todas as pesquisa envolvendo seres Humanos acarreta um risco, mesmo que mínimos e devem estar descritos no projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHOSA, M. A. Resultados da Pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **A informação e a comunicação no trabalho do Agente comunitário em Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Cap. 5.

ALMEIDA M.F; ALENCAR G.P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**. São Paulo, v. 9, 2000. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v9n4/v9n4a03.pdf>> Acesso em: 20 de jan. de 2013.

ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. São Paulo: IESUS, v. 3, 1998. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_3\\_descentralizacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_descentralizacao.pdf)>. Acesso em: 20 de jan. de 2013.

ALMEIDA, M. F. **Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal**. São Paulo: IESUS, v. 3, 1998. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_3\\_descentralizacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_descentralizacao.pdf)>. Acesso em: 20 de jan. de 2013.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. O que você precisa saber sobre o SUS. 1ª Ed. São Paulo, v. 1, 2000.

BAZZOTTI, C.; GARCIA, E. A importância do sistema de informação gerencial para tomada de decisões. **Ciências sociais aplicadas em revista**. Paraná, v.6, n. 11, 2006. Disponível em: <[http://www.waltenomartins.com.br/sig\\_texto02.pdf](http://www.waltenomartins.com.br/sig_texto02.pdf)>. Acesso em: 20 de jan. de 2013.

BELLO, A. A. **Introdução à fenomenologia**. Bauru, SP: Edusc, 2006.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília, vol.62, n.3, p. 447-45, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>> Acesso em: 20 de jan. 2013.

BERNARDES, M. F. V. G, CUNHA, S.G.S, CAVALCANTE, R.B et al. Fatores dificultadores no fluxo informacional do sistema de informação da atenção básica: influências sobre o processo decisório em saúde. Juiz de Fora, **Rev. APS**. Vol. 16. n.4. p. 399-407, 2013. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1854/763> Acesso em: 08 de Outubro de 2014.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009b.

BRASIL. **Lei n.º 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 1992. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Ed). **A experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, v. 1, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0: (inclui deliberações da 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde)**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_politica\\_informacao\\_informatica\\_sau de.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_politica_informacao_informatica_sau de.pdf)>. Acesso em: 22 de jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. 2012b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)> Acesso em: 05 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB**. 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/diretrizes\\_implatacao\\_esus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/diretrizes_implatacao_esus.pdf). Acesso em: 11 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica. **Atualização sobre os Sistemas de Informação da Atenção Básica**. 21 de Agosto de 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_tecnica\\_esus\\_ab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_esus_ab.pdf). Acesso em: 08 de Outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29\\_03\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf)>. Acesso em: 22 de jan. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. 2012a. Disponível em: <[http://www.isc.ufba.br/arquivos/2012/Politica\\_Nacional\\_de\\_Informacao\\_e\\_Informatica\\_em\\_Saude.pdf](http://www.isc.ufba.br/arquivos/2012/Politica_Nacional_de_Informacao_e_Informatica_em_Saude.pdf)> Acesso em: 05 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.072, de 31 de agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2 set. 2011a. Seção 1, p.93. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072\\_31\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072_31_08_2011.html)>. Acesso em: 5 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 set. 2011b. Seção 1, p.63. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073\\_31\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html)>. Acesso em: 2 de abril de 2014.

BRASILIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Organograma Institucional**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/dados-estatisticos.html>> Acesso em: 21 de jan. 2013.

BRASÍLIA. Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle. **Relatório Estatístico da SES e HUB**. Brasília, DF. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/dados-estatisticos.html>> Acesso em: 20 de jan. 2013.

CAMARGO JR., K. R. & COELI, C. M. **Sistemas de informação e banco de dados em saúde: uma introdução**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2000.

CAMARGO Jr., K. R.; COELI, C.; MORENO, A. B. Informação e avaliação em saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (Brasília). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios: Ceilândia: PDAD 2010/2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%C3%A2ndia-2010-2011.pdf>> Acesso em: 20 de jan. 2013.

DINIZ, S.S. **A informação como recurso estratégico na gestão de trabalho e da educação em saúde: um estudo na SES/PE**. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011diniz-ss.pdf> Acesso em: 20 de jan. 2013. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1854/763>. Acesso em: 08 de Outubro de 2014.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de informação em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 171-191, 2001. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao\\_munic\\_leis.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_munic_leis.pdf). Acesso em: 22 de jan. 2013.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informação em saúde**. Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde – NESCON/FM/UFMG, 1998.

FRANÇA, T. A informação nos serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Sistemas de informação da Atenção Básica: um estudo exploratório**. Rio de Janeiro, 2001. Cap. 1. Disponível em: < <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/francatm.pdf>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

GIL A. C, LICHT R.H.G, RIECKMANN B, SANTOS M. **Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde ?** Caderno de Saúde – Vol.1 – N.2, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo, Atlas, 2002.

MARTINS, J. et al. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa - algumas considerações. São Paulo: **Cadernos da sociedade de estudos e pesquisa. Qualitativa**, cad. 01, 1990.

MARTINS, J., BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Educ/Moraes, 1989.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>> Acesso em: 22 de Jan. de 2013.

NOGUEIRA, C. SANTOS, S.A.S, CAVAGNA, V.M. et al. Sistema de informação da atenção básica: revisão integrativa de literatura. **R de Pesq: cuidado é fundamental Online.** Rio de Janeiro, Vol. 6 n. 1 p. 27-37, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-027.php>>. Acesso em: 08 de Outubro de 2014.

OLIVEIRA, G.S; CUNHA, A. M. O. Breves considerações respeito da fenomenologia e do método fenomenológico. **Cad. Fucamp**, v. 7, n. 7, 2008. Disponível em: <<http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/download/103/95>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2013.

PADOVEZE, C. L. Contabilidade Gerencial como sistema de informação contábil. In: **Contabilidade gerencial: um enfoque e sistemas de informação contábil.** São Paulo: Atlas, 2010. Cap. 1.

PAIM J, S. **O QUE É SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

RIBEIRO, S. C. M. **Inclusão Social dos Jovens com Deficiência Mental: o papel da formação profissional.** Porto, 2009.

SANTOS, C. E. O caminho teórico Metodológico. In:\_\_\_\_\_. **Resgatando a trajetória profissional do enfermeiro do sexo masculino: um enfoque fenomenológico.** São Paulo, 1999. Pg 11-15.