



## Percepções sobre instrumentos de coleta de um Sistema de Informação

Perceptions of instruments to collect an Information System

Las percepciones de los instrumentos para recoger un Sistema de Información

Ricardo Bezerra Cavalcante<sup>1</sup>, Juliana de Jesus Silva<sup>2</sup>, Josiane de Alcantara Azevedo<sup>2</sup>, Héliida Silva Salomé<sup>2</sup>, Fabrícia Almeida Diniz<sup>3</sup>

### RESUMO

**Descritores:** Estratégia de Saúde da Família; Sistemas de Informação; Atenção Primária à Saúde

Esse estudo buscou analisar como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) percebem os instrumentos de coleta do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e as utilizam. Estudo de abordagem qualitativa, onde se entrevistou 61 profissionais de equipes de saúde da família de um município de médio porte. A coleta de dados foi realizada baseando-se em roteiro semiestruturado por meio de entrevistas gravadas. Empregou-se a Análise de Conteúdo, modalidade Temático-categorial, para análise dos dados. Verificou-se que as fichas A e D não são reconhecidas em sua importância pelos profissionais da ESF e seu preenchimento é inadequado, gerando informações de baixa qualidade. O SIAB deve evoluir numa perspectiva que vai além do aprimoramento tecnológico e da atualização/adequação de seus instrumentos de coleta. Deve ter seu fluxo estruturado a partir do envolvimento da comunidade e equipe multidisciplinar e estabelecer a cultura do planejamento local a partir dos dados coletados.

### ABSTRACT

**Keywords:** Family Health Strategy; Information Systems; Primary Health Care

This study investigates how the professionals of the Family Health Strategy (FHS) perceive their collection instruments from the Primary Care Information System (SIAB) and use them. A qualitative study, where we interviewed 61 professional teams of family health from a medium-sized municipality. Data collection was performed based on semi-structured script through recorded interviews. We applied content analysis, thematic-categorical mode, for data analysis. It was found that the A and D records are not recognized its importance by FHT professionals and their fulfillment is inappropriate, generating low quality information. The SIAB should evolve a perspective that goes beyond the technological improvement and updating / adjusting its collection instruments. Must have structured their flow from community involvement and multidisciplinary team and establish the culture of local planning from the data collected

### RESUMEN

**Descriptores:** Estrategia de Salud Familiar; Sistemas de Información; Atención Primaria de Salud

Este estudio investiga como los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) perciben sus instrumentos de recolección del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB) y los utilizan. Um estudio cualitativo, donde se entrevistó a 61 equipos profesionales de salud de la familia de un municipio de tamaño medio. La recolección de datos se llevó a cabo sobre la base de guión semi estructurado a través de entrevistas grabadas. Se aplicó el análisis de contenido, modalidad temática categórica, para el análisis de datos. Se encontró que los registros A y D no se reconocen su importancia por los profesionales del ESF y su cumplimiento es inadecuado, la generación de información de baja calidad. El SIAB debe evolucionar una perspectiva que va más allá de la mejora tecnológica y actualización / adaptación de sus instrumentos de recolección. Debe haber estructura del flujo de participación de la comunidad y el equipo multidisciplinario y establecerla cultura de la planificación local de los datos recogidos.

<sup>1</sup> Enfermeiro, Doutor em Ciência da Informação, Pós-Doutorado em Ciência da Informação/ECI/UFMG – Bolsista CNPq, Líder do Grupo de Pesquisa em Gestão e Organização de Serviços de Saúde e Enfermagem - Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ, Divinópolis (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem - Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ, Divinópolis (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ, Grupo de pesquisa em Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem – UFSJ, Divinópolis (MG), Brasil.

## INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um sistema concebido com o objetivo de coletar e consolidar os dados das famílias acompanhadas em uma área de abrangência. Esses dados são recolhidos em fichas de cadastramento e de acompanhamento das famílias (fichas de coleta) e posteriormente consolidados por meio de relatórios (fichas de consolidação). A partir desses relatórios é possível que as equipes de saúde conheçam a realidade social, econômica e sanitária da população acompanhada, adequando seus serviços às necessidades de sua área de abrangência<sup>(1)</sup>.

Atualmente este sistema de informação apresenta algumas dificuldades em sua utilização, e estão relacionadas ao preenchimento das fichas pelos profissionais. Também há a falta de capacitação para utilização dos dados do sistema, o que prejudica a qualidade da informação gerada, dentre outras dificuldades<sup>(2)</sup>.

O SIAB tem sido utilizado para a geração de indicadores da atenção básica em todo o território nacional a partir dos dados coletados e consolidados na Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>(3)</sup>. Entretanto, é importante que a coleta desses dados seja qualificada visto que o fluxo de dados tem início com o cadastro realizado na residência dos usuários pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para isso os profissionais devem ter em mãos as fichas adequadas, compreender seus dados e saber de sua importância<sup>(4)</sup>.

As fichas A e D, dentre os instrumentos de coleta do SIAB são utilizadas pelos profissionais com frequência, e compõem parte da etapa da coleta no fluxo informacional deste sistema<sup>(1)</sup>. A Ficha A destina-se ao cadastro das famílias e a ficha D é utilizada para o registro da produtividade dos profissionais<sup>(5)</sup>. Ambas as fichas são importantes por gerarem informações destinadas aos cadastros das famílias, geração de indicadores da atenção básica, e a produtividade das ESF<sup>(3)</sup>.

Existem alguns estudos sobre as fichas do SIAB, mas não são focados estritamente nos instrumentos destinados à coleta de dados. A maioria destes estudos analisam, de forma geral, a utilização das fichas e principalmente os instrumentos de consolidação de dados. Os resultados destes estudos demonstram que há por parte dos profissionais a dificuldade de entender as variáveis contidas nestas fichas<sup>(6)</sup>. Os profissionais preocupam-se com o atendimento da demanda e preenchimento das fichas, porém a tarefa de analisar os dados coletados visando o planejamento das ações não é realizado devidamente pelos mesmos<sup>(7)</sup>. Atualmente a forma como as fichas estão confeccionadas não atende às demandas de informação dos profissionais<sup>(2)</sup>. Nem todos os membros da equipe usam estas fichas de forma adequada mesmo sendo da responsabilidade de todos o seu preenchimento<sup>(8)</sup>.

É importante destacar a necessidade de se qualificar o fluxo informacional do SIAB a partir de uma análise dos processos que se estabelecem no momento da coleta, sendo a utilização destas fichas (A e D), no caso deste sistema, a representação deste momento. Acredita-se que a etapa da coleta é um momento crucial para dar credibilidade aos

dados e informações a serem geradas, e que poderão ser utilizadas, posteriormente, na tomada de decisões e no planejamento em saúde<sup>(4)</sup>. Dessa forma, é importante conhecer como os profissionais percebem as fichas A e D e as utilizam.

Enfim, o objetivo desta pesquisa é analisar como os profissionais de equipes da ESF percebem os instrumentos de coleta (fichas A e D) do SIAB e as utilizam.

## MÉTODO

A pesquisa qualitativa aplica-se ao estudo das histórias, estruturas sociais, crenças, percepções e opiniões, originárias das interpretações dos seres humanos, seus pensamentos e sentimentos<sup>(9)</sup>. O método foi escolhido para a análise das percepções dos sujeitos envolvidos na utilização das fichas A e D, buscando apreender os seus discursos, suas expressões e ainda os processos relacionados a esses instrumentos de coleta.

O estudo foi realizado em um município localizado na macrorregião Oeste de Minas Gerais que conta com 19 Unidades Básicas de Saúde, sendo 15 delas de Saúde da Família, totalizando uma cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família de 63,62%<sup>(10)</sup>.

Os sujeitos envolvidos neste estudo foram os profissionais de Equipes de Saúde da Família do município referido, nas categorias: médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e ACS. Como critério de inclusão esses profissionais deviam estar inseridos em uma equipe mínima completa. Após a aplicação do critério de inclusão, das 15 equipes das ESF do município, 8 equipes foram selecionadas. As equipes selecionadas totalizaram 82 profissionais, porém 21 destes recusaram-se a participar da pesquisa, 02 estavam de licença e 01 estava de férias; portanto, 61 profissionais participaram da pesquisa. Para a coleta de dados realizaram-se entrevistas utilizando-se de dois roteiros semiestruturados com os profissionais incluídos no estudo. O roteiro semiestruturado referente à ficha A foi aplicado aos ACS visto que a ficha A é preenchida e utilizada como principal instrumento de coleta por esses profissionais. Já o instrumento direcionado à ficha D foi aplicado aos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e odontólogos. Na prática, o ACS é o responsável pela ficha A bem como o seu preenchimento. Já a ficha D é preenchida predominantemente pelos demais profissionais da equipe<sup>(8)</sup>.

Após definidos os critérios de inclusão dos sujeitos em suas equipes mínimas, foi feito um sorteio da sequência das entrevistas com essas equipes. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho dos participantes no período de outubro a dezembro de 2013. Os dados coletados foram organizados e analisados a partir da Análise de Conteúdo modalidade temático-categorial. A Análise de Conteúdo organiza-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação<sup>(11)</sup>. Esse método foi selecionado com o objetivo de analisar a fala dos profissionais entrevistados em sua diversidade, os indicadores prevalentes nessas falas e sua importância para a pesquisa.

Este estudo obedeceu aos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o parecer 396.421/2013.

## RESULTADOS

### Categoria 1 - Finalidade das fichas e significado de seus dados.

De acordo com os profissionais a ficha A permite o conhecimento das famílias cadastradas na área de abrangência e proporciona um direcionamento da abordagem a ser feita à família. No que se refere à ficha D, os profissionais a percebem como instrumento de registro da produção da unidade. Vale ainda ressaltar que a ficha D está centrada no registro da produção de tarefas que são realizadas pelos profissionais no seu cotidiano de trabalho.

*É a principal ficha (ficha A), porque nela a gente fica conhecendo a família, os problemas, a quantidade de pessoas, os trabalhadores, alguma doença, se tem criança, gestante, idoso. Primeira vez que eu faço a visita, eu não conheço nada da pessoa, se eu for lá e só perguntar: ah, tudo bem? Você está precisando de alguma coisa? A pessoa vai só responder sim ou não e pronto. Mas se eu chegar com a ficha e preencher direitinho eu vou saber, os medicamentos que toma, os riscos da família. (E1)*

*A ficha D, ela é a ficha que a gente anota toda a nossa produção né? A finalidade é você ter controle dos procedimentos que você realiza, ou diariamente, ou semanalmente, ou mensalmente. (E33)*

Apesar dos profissionais reconhecerem essas fichas como instrumentos importantes na coleta de dados do SIAB, alguns entrevistados não atribuem significado a algumas variáveis contidas nestes instrumentos, não compreendem sua importância e finalidade.

*Não utilizo a ficha A no meu cotidiano de trabalho porque agente não fica olhando ela todo dia. (E15)*

*Aí no caso que igual fica perguntando lá, quantos números de cômodos têm na casa? Eu acho que essa pergunta não tem necessidade. Eu acho que já devia perguntar, A casa é fixa ou é aluguel? (E11)*

*Eu acho que devia focar mais em outras coisas, família, quantas pessoas têm, doenças, quais os medicamentos, quais são os tratamentos, já fez alguma cirurgia. Isso é só dados para a prefeitura, só pra o estado. Na verdade, o que tem que foca mesmo, não foca nada. (E12)*

Quanto à ficha D os profissionais percebem este instrumento como uma norma atrelada aos níveis centrais, apontando que não há retorno dos dados quando enviados. A ficha D é entendida como uma possibilidade de repasse de materiais.

*Para o ministério da saúde acho que é só uma prestação de contas, só pra mostrar que a gente tá fazendo alguma coisa, e para mim eu acho que é mais um papel que eu tenho que preencher, porque pra mim não tem retorno. (E31)*

*A gente precisa de números e dados, mais acho que o melhor é o atendimento que a gente presta para o cliente. Então, a gente faz porque é uma norma que a gente tem que fazer. Só passa pra coordenação e fica arquivado e mais nada. É onde eu acho que é só*

*papel, só produção, é só papéis e papéis e que não traz benefício nenhum. (E10)*

*Finalidade dela é pra passa pra secretaria, no final do mês é feito o fechamento, passado pra secretaria os procedimentos que foi feito na unidade pra também ter um repasse de material gasto no mês né. (E20)*

### Categoria 2: Fragilidades no preenchimento das fichas.

Em relação à ficha A, os entrevistados destacaram que alguns campos não são preenchidos devido ao fato de que algumas famílias omitem essas informações. Outro entrevistado relata que muitas vezes, as informações declaradas pelo próprio usuário não condizem com o que foi cadastrado anteriormente pelo ACS durante a visita feita àquela família.

*É muito complicado preencher todos os campos, porque você chega na casa da pessoa, pergunta a idade, a data de nascimento e eles não sabem responder e não fazem a menor questão de pegar pelo menos um documento, eles falam simplesmente que não sabem e pronto. (E3)*

*Religião é desnecessário, salário desnecessário porque a maioria não fala pra gente o quanto ganha, então eu acho que não necessitaria disso. Carro, ônibus, condução não tem necessidade. (E18)*

*Acontece muita coisa de gente que pega endereço dos outros, é meio difícil falar, mas aconteceu de várias casas a gente fazer o cadastro e a pessoa ser outra muito diferente quando a gente volta lá. (E21)*

A Ficha D é apontada como um instrumento que não permite a anotação de atividades de toda a equipe, pois não há campos específicos para algumas categorias profissionais que atuam na ESF.

*Bom, o dentista, ele não preenche a ficha D porque infelizmente a odontologia ainda não faz parte do PSF. Como a gente não faz parte do PSF, as fichas que a gente usa são protocolos da atenção básica. E aí a gente passa direto pra secretaria de saúde, lá eles lança no SIS-SIAB. A gente registra somente nessas fichas: o boletim de ocorrência, o EAAS né? E esse outro de consolidado do EAAS, e lá eles lançam no sistema do SUS, SIS-SIAB. (E34)*

*Ela é uma ficha não só do enfermeiro, mas do médico, do fisioterapeuta, então falta acrescentar também o atendimento do fisioterapeuta né, acho que perde nisso. (E31)*

Durante as entrevistas os participantes apontam que muitas vezes o registro é feito de forma inadequada, há dados duplicados e subnotificados. Alegam que já possuem uma sobrecarga de trabalho e o preenchimento da ficha D demanda tempo.

*Porque às vezes aqui só vai número ou só vai palitinho. (E33)*

*Eu vejo que às vezes ela tem dado duplicado, por exemplo, você pega um paciente que ele é diabético ou hipertenso ou ele tem as duas coisas. Então, você pega anota esse paciente aonde? No diabetes ou na hipertensão arterial? Porque você não tem os dois! Então, esse paciente ele entra como duplicado na ficha. Então, às vezes fica subnotificado, a gente não escreve tudo, porque não tem tempo, devido a demanda. (E32)*

Além disso, devido ao horário das visitas os

profissionais não conseguem entrar em contato com algumas famílias e acabam deixando as fichas nas residências para que os usuários preencham, prejudicando assim a qualidade do registro.

*Tem coisas que eu deixo é recado, eu deixo o papel da ficha e minha identificação, endereço do PSF, o telefone, e peço pra pessoa preencher pra mim. Mas, tem muita gente que não faz isso.* (E12)

Há uma diversidade de instrumentos de coleta que demandam muito tempo dos profissionais para o seu preenchimento.

*Têm várias fichas: tem a ficha A, tem uma ficha de saúde do trabalhador, tem uma ficha de hipertenso, têm várias coisas separadas. Eu acho que na ficha A eu poderia ter várias perguntas pra depois a gente não ter mil fichas.* (E26)

*A gente dispensa tempo que talvez se tivesse tudo num formulário só, bem elaborado, a gente ganharia tempo, não ficaria só na parte administrativa, que é de extrema importância, mas a gente conseguiria organizar melhor o nosso dia, a nossa semana, as nossas atividades né?* (E33)

### **Categoria 3: A necessidade de adequação e atualização das fichas A e D.**

Foram identificados pelos entrevistados os procedimentos que deveriam estar inseridos na Ficha D de forma a adequá-la. Podem assim ser descritos: glicemia capilar, orientações aos pacientes, vacinas, injeções, sonda vesical de alívio, troca de bolsa de colostomia, avaliação antropométrica, verificação de pressão arterial, grupos operativos e visitas domiciliares.

*Tinha que colocar por exemplo, a glicemia capilar.* (E44)

*Avaliação antropométrica falta nessa ficha D... Acho que falta campo de verificação de pressão arterial.* (E11)

*Nos tipos de procedimentos que são discriminados, igual eu coloquei curativos, injeção, mas não especifica quantas foram de medicamento ou quantas foram de vacinas. E tem procedimentos também que a gente faz, mas não estão incluídos na ficha, igual orientação. Só se eu começar a colocar tudo como consulta né, mas aí vai ficar um dado também falso.* (E31)

*Tem sonda nasogástrica, nasoentérica, mas não tem sonda de alívio. Troca de bolsa de colostomia. Então, a gente faz muito mais procedimento que não tem código pra colocar.* (E10)

*Atividades de, por exemplo, de grupos operativos, de visitas domiciliares, elas não são registradas na ficha D.* (E42)

Para os profissionais a ficha A não está adequada e há necessidade que novos campos sejam acrescentados. Além disso, a ficha deve ser adequada à realidade local.

*Dados da mulher, pergunta qual foi o dia do seu último preventivo, da sua última mamografia. Dados de vacina.* (E35)

*Vamos supor, usuário de droga, pessoa com problemas mentais, coisas pesadas mesmo, e fica muito cheio no final.* (E21)

*Só acho que zona rural e urbana deveriam ser diferentes, porque tem umas casas que você vai aqui que o pessoal é baixa renda, mas tem uns que é de alta renda, aí você vai perguntar umas perguntas dessas e fica parecendo um serviço de má qualidade sabe, só que eu*

*nem faço.* (E4)

A informatização da Ficha D é apontada pelos profissionais como necessária no processo de atualização e envio dos dados, porém eles reconhecem a falta de equipamentos e acesso à internet na ESF como barreiras.

*Eu acho que deveria ser tudo informatizado, para que possa ter um controle melhor, gastaria menos papel, menos tempo e seria muito mais proveitoso até na hora da gente fechar e somar tudo o que foi feito durante o mês.* (E11)

*Eu acho que ela poderia ser também informatizada, né? Só que a gente não tem né? Não tem computador, não tem rede disponível nas unidades.* (E9)

*A gente tem que mandar lá pra cima, o que eu acho que é complicado. Se sumir imagina como é feito. Se ficasse na unidade, se a gente tivesse acesso na unidade e poder mandar essa ficha direto no SLAB iria ser ótimo pra gente. Assim, que pelo menos a gente mandasse pelo computador pra lá, que a ficha ficasse com a gente, porque se essa informação perdesse no caminho a gente podia mandar de novo.* (E7)

Alguns profissionais relatam atualizar as fichas A frequentemente, outros alegam que essa atualização não é tão frequente assim, e ainda outra parte desses profissionais dizem que a atualização deste instrumento de coleta depende das visitas domiciliares. Além disso, uma dificuldade apontada para fazer a atualização dos dados está relacionada ao grande número de famílias acompanhadas.

*Então a gente mantém esse cadastro sempre atualizado, porque a gente faz a visita de mês em mês. Assim eu sei se naquela casa nasceu alguém, se morreu alguém, se teve alguém internado, se alguém naquela casa teve diarreia, se alguém naquela casa passou a ser diabético ou não.* (E28)

*A atualização é constante! Olha, o ideal seria de mês em mês, mas não é fácil ta mexendo com elas porque são muitas famílias, então é muita coisa.* (E3)

*Eu atualizo assim, mais ou menos de 1 em 1 ano ou menos de um ano. Como é agente comunitária, então a gente já vai e segue aquela rua ali, você já sabe que as pessoas já mora, então você nem precisa de atualizar, porque se tiver alguma mudança automaticamente você já muda.* (E12)

Os profissionais ACS criam outros instrumentos de coleta, partindo da necessidade de armazenar informações sigilosas sobre as famílias. Estas informações são adquiridas na relação de confiança que esses profissionais constroem com os usuários.

*Todo mundo tem esse caderno, tudo separado, as crianças, bolsa família, diabéticos, por ali a gente acha mais fácil ao invés de carregar aquela papelada e vai colocando em dia a ficha A. Depois a gente tira um tempinho e passa tudo para a ficha, e atualiza a papelada.* (E21)

*Eu tenho um caderno que eu faço a parte, se tiver alguma coisa além eu faço uma anotação nesse caderno. Por exemplo, se as pessoas com doenças que eles não gostam que comentem tipo o câncer, elas só falam pra gente, os esquizofrênicos também não gostam. Então eu não coloco nesta ficha, eu coloco no meu caderno... só eu tenho acesso*

*a isso, porque eles me confiaram sabe? Se alguém tem o vírus HIV também eu faço separado, porque eles não querem que ninguém saiba disso, então só eu tenho acesso a esse tipo de medicamento, de doença que elas têm. (E37)*

#### **Categoria 4 – O processo de consolidação e análise dos dados**

Alguns profissionais relatam que há uma reunião com a equipe onde os dados são consolidados. Entretanto, o debate sobre os mesmos parece ficar centrado na verificação do aumento ou redução de números e não há relato de análise do dado para a geração de informação. Os participantes falam a respeito do fechamento mensal e como é realizado.

*Costuma ter uma reunião, que é o fechamento do mês, a gente reúne e faz essa soma e manda. (E40)*

*Uma vez por mês nesta unidade é feita uma reunião, a gente tem a liberdade de fechar a unidade no período da tarde, e a gente faz a discussão do fechamento dos dados, vê o que aumentou, o que tá diminuindo. São analisados por nós mesmos da equipe no dia desse fechamento, que aí a gente vai ver a quantidade de consultas de um mês para o outro, se caiu ou se não caiu, qual foi a faixa etária que a gente mais atendeu né, então até isso perde, porque isso só tem do médico, do enfermeiro não tem. Fica mais em dados quantitativos do que qualitativos, porque são contabilizados quantos tem certas doenças, quanto tem curativos. (E31)*

Em sua maioria, no entanto, os profissionais reconhecem que os dados da ficha D não são analisados nem utilizados pela equipe para planejamento. Após o fechamento mensal as fichas são enviadas aos níveis centrais sem haver análises e discussões sobre os dados.

*Porque assim, dentro de um PSF eu acho que a equipe é muito pequena ainda pra gente fazer essas coisas (planejamento), principalmente a equipe de enfermagem é a mais sobrecarregada. (E11)*

*A ficha é preenchida na unidade de saúde e enviada pro fechamento na secretaria de saúde. Não é analisado pela equipe porque estes dados são fechados na secretaria de saúde e não há discussão desses dados ou retorno do resultado. (E32)*

*A ficha não alcança a finalidade porque os dados que são obtidos por ela não são trabalhados. (E42)*

É possível perceber nas entrevistas que a consolidação dos dados da ficha D é centrada em alguns profissionais, nesse caso o enfermeiro, não envolvendo toda a equipe da ESF.

*Os dados consolidados a partir da ficha D não são analisados pela equipe porque aqui passa pra enfermeira e a enfermeira é que faz essa parte toda. A gente passa somado pra ela mas todo final é ela que faz viu? (E34)*

*A gente fecha todo mês, passa pra enfermeira já somado, a enfermeira faz a consolidação e manda pra secretaria de saúde e lá fecha tudo né? (E13)*

*Eu pego da técnica de enfermagem, o médico já me dá o dele é... dos dias todos prontinhos, e aí eu faço a soma da produção deles todos, faço o compilado, lanço no PMA2. (E33)*

Foi possível observar nas entrevistas que o profissional

médico ora delega o preenchimento e o consolidado dos dados a outro profissional ou em alguns momentos preenche, mas não participa do consolidado.

*Eu preencho o que eu faço. Aí quem fecha geralmente é alguém da equipe por mim. Porque geralmente meu tempo é mais apertado. E aí eles dão o encaminhamento se necessário, a minha parte é só a do preenchimento. (E8)*

*A consolidação tanto da médica quanto da minha sou eu quem faço. (E5)*

*Histórias que vão sendo contadas, que não são os médicos que preenchem é a enfermeira ou é o ACS que faz pra ele. Aqui eu preencho a minha ficha. Eu todo dia eu termino o meu expediente e preencho, pra não acumular. (E32)*

## **DISCUSSÃO**

Apesar dos profissionais reconhecerem os instrumentos de coleta e de atribuírem, em parte, importância aos mesmos, verificou-se não são preenchidos adequadamente, há o desconhecimento de algumas variáveis e até mesmo certa desvalorização. Nesta lógica, estabelece-se um paradoxo. Por um lado os instrumentos são reconhecidamente importantes, mas por outro não são significativos em sua prática. Esta falta de significado pode estar atrelada ao reconhecimento do SIAB como um serviço burocrático, estabelecido por uma norma e sem sentido para o processo de trabalho local<sup>(4)</sup>. A mudança deste *status quo* depende de uma ressignificação do SIAB enquanto sistema vinculado ao processo de trabalho dos profissionais, e que potencializa o planejamento local. Para isso é necessário o entendimento das suas fichas de coleta, o fluxo de seus dados e a vinculação de sua utilização no cenário local. É preciso promover a cultura do uso das informações para olhar o *corpus* coletivo a partir de uma descrição sistemática e com possibilidades de intervenções assertivas. Esta premissa é válida para qualquer sistema de informação em saúde a ser desenvolvido.

Outras fragilidades relacionadas aos instrumentos de coleta foram apontadas: o grande quantitativo de famílias acompanhadas, diversidade de instrumentos de coleta e centralização das informações na secretaria municipal e ministério da saúde. Estas fragilidades tendem a reduzir a qualidade das informações, prejudicar o fluxo informacional e dificultar a utilização dos dados coletados no planejamento e tomada de decisões em saúde.<sup>(5)</sup>

A desatualização dos instrumentos de coleta, a inadequação à realidade local e a participação de apenas parte da equipe no preenchimento também foram destacadas no rol de fragilidades. As mesmas reforçam o fato de que as informações nem sempre apresentam qualidade e que os instrumentos em destaque não são suficientes para captar a realidade local e também não conseguem representar a totalidade do processo de trabalho que se estabelece em uma equipe multidisciplinar. Cabe enfatizar que as fichas em análise não captam o processo de trabalho de odontólogos, fisioterapeutas, dentre outros que estão inseridos como membros da equipe. Aqui está um grande conflito entre a concepção

do SIAB e sua aplicabilidade de fato no processo de trabalho na estratégia de saúde da família. Este sistema tem em sua gênese a finalidade de instrumentalizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família, e isto envolve a diversidade de profissionais que a compõem<sup>(1)</sup>. As informações disseminadas por todos esses profissionais são potenciais para o planejamento local e para as decisões a serem tomadas. Desta forma, os instrumentos de coleta deste sistema, apesar de serem criados para uma equipe mínima, necessitam ser atualizados e ampliados com vistas à incluir todas as informações referente ao processo de trabalho de uma equipe multidisciplinar presente na estratégia de saúde da família.

Outras fragilidades relacionadas aos instrumentos de coleta também emergiram: as famílias omitem informações no ato da coleta; nem todos os profissionais preenchem os seus dados por delegarem esta atribuição a outros profissionais; utilização de outros instrumentos de coleta em paralelo (os cadernos do ACS); os dados coletados não são utilizados sistematicamente para o planejamento local. A omissão de informações por parte dos usuários remete ao fato de que os mesmos não compreendem a finalidade da coleta de seus dados, talvez não tenham sido nem informados sobre esta finalidade, e além disso presume-se certo alijamento destes sujeitos no fluxo informacional do SIAB. Este contexto pode até ser considerado comum, mas intrigante e desafiador, pois o próprio indivíduo que emite as suas informações não participa de seu processo formulador, disseminador, analítico e decisório. É alijado do fluxo informacional que se estabelece. Não há a compreensão, por parte, da comunidade sobre as coletas de suas próprias informações, o destino de seus dados e a finalidade de todo este processo<sup>(12)</sup>. De fato este contexto excludente precisa ser transformado a partir do estímulo à participação social, onde o *corpus* coletivo exerce o seu papel de cidadania a partir de sua inclusão informacional. Se todo o fluxo dos sistemas de informação em saúde inicia a partir dos dados da comunidade é necessário que estes indivíduos sejam agentes ativos participantes deste fluxo. Assim, emitem informações, entendem a sua finalidade, valorizam a qualidade das mesmas e buscam o retorno em prol de sua própria saúde e da comunidade, enfim, participam do processo analítico e decisório. Este é um exercício de uma sociedade engajada no controle social. Nesta lógica os sistemas de informação podem ser instrumentos que potencializam o empoderamento e a participação social.

O ato de delegar a coleta para outros profissionais, como uma fragilidade, também se estabelece, pois o profissional, seja ele qual for, também precisa ser envolvido no fluxo informacional. Não deve estar a parte deste fluxo. O profissional médico algumas vezes encarrega outro membro da equipe para o preenchimento e consolidado dos dados ou mesmo preenche em alguns momentos, porém não participa da consolidação. De fato há certa especificidade no preenchimento de alguns dados e se aplicam a categorias profissionais específicas<sup>(1)</sup>. Isto determina a atribuição do profissional de também

participar da coleta, disseminação, consolidação, análise e tomada de decisões. Não deve ser uma atribuição delegada a outros, a equipe precisa estar engajada no fluxo informacional deste sistema<sup>(4)</sup>.

A utilização de instrumentos de coleta, em paralelo aos do SIAB, criados pelos profissionais, também podem fragilizar o fluxo informacional deste sistema. Observou-se que os ACS adotaram outros meios de coletarem e registrarem as informações obtidas durante as visitas domiciliares como os “cadernos” e instrumentos impressos. Para eles, a criação de outras ferramentas facilita tanto o transporte durante as visitas quanto a atualização da ficha A. Entretanto, estes instrumentos se constituem como fontes informais de coleta de dados podendo gerar duplicidades, inconsistências, dificuldades na recuperação e em sua utilização no planejamento local<sup>(7)</sup>.

No que diz respeito à utilização dos dados coletados para o planejamento local, constatou-se que os dados registrados nas fichas não são analisados efetivamente, e que há, em alguns momentos, reuniões, onde se debate os números a serem submetidos aos níveis centrais. Há exacerbada valorização na produção de dados quantitativos atrelados ao cumprimento de metas estabelecidas para as equipes. Desse modo, os dados registrados tendem a serem conformados na perspectiva da quantificação de atividades desenvolvidas e, em sua maioria, buscam o alcance das metas pactuadas. Esta lógica da produção de resultados quantificáveis atrelada à perspectiva do financiamento tendem a reduzir a utilização dos dados deste sistema no planejamento local<sup>(7,12-14)</sup>. Esta lógica produtivista, trefista e não analítica precisa ser invertida com vistas ao estímulo da cultura de concepção dos dados para geração de informações, conhecimento e instrumentalização do processo decisório. Os profissionais destas equipes necessitam serem estimulados à internalização desta cultura que valoriza o fluxo informacional de um sistema desde a sua coleta e não apenas a disseminação de dados para os níveis centrais. Novamente, além da população, os profissionais também devem ser engajados neste fluxo informacional. Não devem coletar apenas por uma determinação burocrática sem o desenvolvimento da compreensão e da análise do que estão coletando e como podem utilizar destas informações para gerir o coletivo. Está aqui um desafio e um avanço necessário no contexto das equipes de saúde da família.

## CONCLUSÃO

As percepções que os profissionais das equipes de saúde da família possuem sobre os instrumentos de coleta do SIAB estão centradas no entendimento de sua importância com vistas ao conhecimento da população adscrita e também para o registro das atividades desenvolvidas no processo de trabalho. Apesar desta importância faz-se o contraponto com a falta de significado atribuída, em parte, a estes instrumentos. Além disso, as percepções revelam fragilidades e com repercussões sobre o fluxo informacional e sobre a

qualidade das informações deste sistema.

O SIAB, ou qualquer outro sistema, para de fato constituir-se como um instrumento qualificado do processo de trabalho de equipes de saúde da família é preciso evoluir numa perspectiva que vai além do seu aprimoramento tecnológico, bem como da atualização/

adequação de seus instrumentos de coleta. Deve ter seu fluxo estruturado a partir do envolvimento da comunidade em seus processos, do engajamento da equipe multidisciplinar em todas as etapas de seu fluxo e estabelecer de fato a cultura do planejamento local a partir dos dados coletados.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília (DF): MS; 2003.
2. Radigonda B, Conchon MF, Carvalho WO, Nunes EFPA. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. *Rev Esp saúde (Online)*. 2010 Dec [citado 2012 Out 21];12(1):38-47.
3. Brasil. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da assistência básica (SIAB): indicadores 2006. Brasília (DF): MS; 2009.
4. Cavalcante RB, Pinheiro MMK, Bernardes MFVG, Cunha SGS, Santos CS. Fluxo informacional do sistema de informação da atenção básica: vigilância e centralização. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2011;1(4):523-36.
5. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(6):1821-8.
6. Lima AP, Correa, ACP, Oliveira, QC. Conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1):121-7.
7. Cavalcante RB, Pinheiro MMK, Guimarães EAA. Sistema de informação da atenção básica como instrumento de poder. *Rev Enferm UFPE (online)*. 2013;7(2): 371-80.
8. Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2):314-20.
9. Minayo MCS(org), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30a ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Itaúna, Minas Gerais. 2012. [Acesso 2013 Jun 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
12. Maia LDG, Correa JPR, Lopes ACFMM, Rodrigues-Neto JF. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). *Rev Baiana Saúde Publica*. 2010;34(2):359-70.
13. Queiroga RM, Andrade AN, Abrantes KSM, Costa TS, Sobreira MV, Casimiro GS. Aplicabilidade do sistema de informação da atenção primária no cotidiano dos enfermeiros. *Rev Rene*. 2011;12(n esp):943-51.
14. Figueiredo LA, Pinto IC, Marciliano CSM, Souza MF, Guedes AAB. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad. Saúde Colet*. 2010;18(3):418-23.