



**Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS**  
**Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde.**



**Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos  
médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família do  
município de Montes Claros, Minas Gerais.**

**Leandro Dias de Godoy Maia**

**Montes Claros, MG**

**2008**



**Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS**  
**Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde.**



**Leandro Dias de Godoy Maia**

**Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos  
médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família do  
município de Montes Claros, Minas Gerais.**

**Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. João Felício Rodrigues Neto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Montes Claros, MG,

2008

M217u      Maia, Leandro Dias de Godoy.  
Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)  
pelos médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da  
Família do município de Montes Claros, Minas Gerais [manuscrito] /  
Leandro Dias de Godoy. – 2008.

78 f. : il.

Bibliografia : f. 65-72.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros –  
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/  
PPGCS, 2008.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Atenção Primária à Saúde – Sistemas de Informação. 2. Programa  
Saúde da Família – Montes Claros (MG) – Avaliação em Saúde. I.  
Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes  
Claros. III. Título.

Aluno: **Leandro Dias de Godoy Maia**

Título do Projeto: “**Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais.**”

**Banca (Titulares)**

**Assinaturas**

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

\_\_\_\_\_

Prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo

\_\_\_\_\_

**Banca (Suplentes)**

**Assinaturas**

Prof. Dra. Maisa Tavares de Souza Leite

\_\_\_\_\_

Prof. Dra. Andréa Maria Eleutério de B. L. Martins

\_\_\_\_\_

**Aprovado**

**Reprovado**

**Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF**

<http://www.unimontes.br> / [ppgcs@unimontes.br](mailto:ppgcs@unimontes.br)

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito,  
Montes Claros – MG, Brasil -Cep:39401-001

## Dedicatória

*A Juliana, minha esposa, pelo companheirismo, paciência, apoio e, sobretudo, pelo seu amor. Dedico a você na certeza de que esta vitória é nossa e que outras tantas virão.*

## **Agradecimento**

*Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela grande oportunidade de realizar  
mais um sonho: o mestrado.*

*A minha família pelo carinho e confiança em mim depositada ao longo de  
toda minha caminhada.*

*A Juliana de Pádua Rocha Corrêa por estar ao meu lado em todos os  
momentos da minha vida com sua alegria, espontaneidade e carinho.*

*Obrigado por tudo que você tem feito por mim!*

*A João Felício Rodrigues Neto que dedicou grande tempo para orientação  
deste trabalho, pela paciência e pelas instruções sempre bem colocadas.*

*A Ana Cláudia Frota de Melo Lopes pela grandiosa contribuição neste  
trabalho.*

*As secretárias do mestrado Kátia Silene Maia Azevedo e Maria do Carmo  
Mendes que em diversos momentos foram de extrema solicitude e pela  
grande e sincera amizade.*

*Ao professor e amigo João Batista Silvério por ter tido fundamental  
importância na minha escolha pela especialidade e por seu entusiasmo  
com a ESF.*

*A Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pela sua colaboração e apoio  
imprescindíveis para realização deste trabalho.*

*A todos os meus colegas de trabalho que ao longo desta jornada me  
apoiaram incondicionalmente, o meu muito obrigado!*

## Lista de abreviação

AB – Atenção Básica.

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário.

ACS - Agentes Comunitários de Saúde.

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento.

CAA - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação.

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

HUCF – Hospital Universitário Clemente de Faria.

IES – Instituição de Ensino Superior.

MS – Ministério da Saúde.

NOB – Normas Operacionais Básica.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PAB - Piso de Atenção Básica.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

PSF – Programa de Saúde da Família.

RNIS - Rede Nacional de Informação em Saúde.

SB – Saúde Bucal.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SIPACS - Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences.



SUDENE - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste.

SUS – Sistema Único de Saúde.

THD – Técnico de Higiene Dental.

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros.

USF – Unidade de Saúde da Família.

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros-2007. ....	<b>56</b>
<b>Tabela 2.</b> Utilização do SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros-2007 .....	<b>59</b>
<b>Tabela 3.</b> Freqüência de utilização do SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros-2007 .....	<b>61</b>

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral verificar a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros – MG e como objetivos específicos caracterizar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na ESF; verificar o grau de conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF em relação ao SIAB; analisar a utilização do SIAB pelos os médicos e enfermeiros da ESF no planejamento de suas ações. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, em que foram entrevistados 44 profissionais (22 médicos e 22 enfermeiros) que estavam há no mínimo 12 meses na mesma equipe da ESF. A coleta dos dados foi realizada através de questionário estruturado contendo variáveis sócio-demográficas, formação e utilização do SIAB pelos profissionais. A maioria era do sexo feminino (65,9%); a média  $\pm$  Desvio Padrão (DP) da idade foi  $34,7 \pm 7,66$  anos; todos possuíam pós-graduação em Saúde da Família, sendo, residência e/ou título de especialista (91%) e especialização (9%). Tinham em média 7,5 anos de formados; a maioria (93,2%) possuía treinamento sobre o SIAB; 93,2% utilizavam o SIAB para planejamento das suas ações. A frequência com que a coordenação emitia relatórios sobre a situação dos indicadores do SIAB das equipes foi considerada inadequada por (77,3%) dos profissionais; 93,2% dos médicos e enfermeiros sentiam-se capacitados para monitorarem as informações do SIAB e 86,4% acreditavam que as informações do SIAB correspondiam à realidade do seu território. O estudo apontou que de um total de 96 profissionais médicos e enfermeiros da ESF no município de Montes Claros, MG, 44 (45,8%) estavam na equipe há mais de 12 meses. A

maioria dos profissionais eram do sexo feminino, jovens, possuíam formação especializada em Saúde da Família, receberam treinamento no SIAB e o utilizavam como ferramenta de planejamento de suas atividades, acreditavam que ele traduzia a realidade do território onde trabalhavam, porém referiram não haver retroalimentação das equipes da ESF pela coordenação municipal com as informações obtidas com o SIAB de forma adequada. Todos os profissionais referiram valorizar como sendo importante manter um sistema permanente de monitoramento do SIAB.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Sistemas de Informação, Avaliação em Saúde.

## **Abstract**

This study aimed to verify the general use of the Information System of the Basic Care - SIAB by professional doctors and nurses of the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Montes Claros - MG and specific objectives to characterize the profile of medical professionals and nurses who work in the ESF; determine the degree of knowledge of doctors and nurses of the ESF on the SIAB; examine the use of the SIAB by the doctors and nurses of the ESF in the planning of their actions. This is a cross-sectional descriptive study, which interviewed 44 professionals (22 doctors and 22 nurses) who were there at least 12 months in the same team at ESF. Data collection was conducted through a structured questionnaire containing socio-demographic variables, training and use of the SIAB by professionals. Most were female (65.9%), the mean  $\pm$  standard deviation (SD) age was  $34.7 \pm 7.66$  years, all had post-graduate degree in Family Health, and residence and / or evidence of specialization (91%) and expertise (9%). Had on average 7.5 years of training, the majority (93.2%) had training on the SIAB, 93.2% used the SIAB planning for their actions. The frequency with which a coordination issue reports on the status of indicators of the teams SIAB was considered inadequate by (77.3%) of professionals, 93.2% of doctors and nurses felt themselves able to monitor information from the SIAB and 86.4% believed that SIAB information corresponded to the reality of its territory. The study showed that a total of 96 medical doctors and nurses of the ESF in the municipality of Montes Claros, MG, 44 (45.8%) were on the team for over 12 months. Most practitioners were female, young, had specialized training in family health, received training in the SIAB and used as a tool for planning their activities, they believed that it

reflected the reality of the territory where they worked, but said no feedback from FHS teams in coordination with the local information obtained from the SIAB adequately. All practitioners reported value as important to maintain a permanent system for monitoring the SIAB.

**Key words:** Primary Health Care, Family Health Program, Information Systems, Evaluation in Health.

## Sumário

<b>1 Introdução.....</b>	<b>16</b>
1.1 Atenção Básica .....	18
1.2 A Estratégia Saúde da Família.....	21
1.3 Avaliação e Monitoramento na Estratégia Saúde da Família .....	24
1.4 A Estratégia Saúde da Família em Montes Claros.....	26
1.5 O trabalho do profissional Médico na Estratégia Saúde da família .....	28
1.6 O trabalho do profissional Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.....	30
1.7 Sistema de Informação em Saúde – SIS.....	32
1.8 O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.....	35
<b>2 Objetivos .....</b>	<b>40</b>
2.1 Objetivo Geral .....	40
2.2 Objetivos Específicos .....	40
<b>3 Material e métodos.....</b>	<b>41</b>
<b>4 Resultados/Produto Alcançado .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Artigo Científico.....</b>	<b>42</b>
<b>5 Considerações finais .....</b>	<b>65</b>
<b>6 Referências.....</b>	<b>66</b>
<b>7 Apêndice .....</b>	<b>74</b>
<b>8 Anexos .....</b>	<b>77</b>

## 1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988, vem evoluindo ao longo dos anos e recebendo regulamentações através de leis e normas operacionais. Ao longo destes 30 anos, estratégias foram incorporadas visando mudanças no modelo de atenção à saúde, até então pautado no paradigma médico assistencialista, de caráter individualista, curativista e centrado no hospital, para o modelo de produção social da saúde <sup>(1)</sup>.

Em 1991, inicia-se no SUS um novo programa em relação à reorientação da Atenção Básica denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que gerou uma importante mudança no foco da atenção à saúde, antes centrado no indivíduo, e agora voltado para a família, bem como determinando o conceito de cobertura de assistência à saúde. Vários municípios aderiram a este programa o que contribuiu para que, em 1994, o Ministério da Saúde criasse o Programa Saúde da Família (PSF). Com a regulamentação da Norma Operacional Básica do Sistema de Único de Saúde (NOB-SUS 96) em 1998, que instituiu o Piso de Atenção Básica – PAB, estes dois programas passaram a receber subsídios financeiros o que favoreceu uma rápida expansão em todo o país <sup>(2)</sup>.

Desta forma, o PSF, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou um relevante papel dentro da rede assistencial do SUS mediante, sobretudo, a melhoria da acessibilidade da população aos serviços de saúde devido a sua crescente expansão no número de equipes e de famílias assistidas.



O trabalho destas equipes tem gerado uma quantidade significativa de dados que produzem informações que podem ser utilizadas como ferramentas para avaliação, monitoramento e planejamento do conjunto de atividades desenvolvidas no campo da política de saúde, porém ainda são pouco valorizadas e utilizadas pelos gestores, profissionais e menos ainda pelos usuários <sup>(1)</sup>.

Esse fato é paradoxal com a posição que o Brasil ocupa como produtor de dados sobre saúde frente aos países latino-americanos. Em um estudo realizado em 1998, Maria Alice Branco sobre o projeto de implantação da Rede Nacional de Informação em Saúde (RNIS), o setor era responsável por grandes bases de dados nacionais e/ou locais, que “abrangem dados sobre condições de vida, epidemiológicos, de produção de serviços, financeiros administrativos e gerenciais” <sup>(3)</sup>.

Com o objetivo de monitorar e avaliar a implantação e os resultados da Estratégia Saúde da Família, através dos dados gerados pelas equipes, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 <sup>(1)</sup>.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998 como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde. Caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica, sinalizar a situação de adoecimento e morte da população, avaliar a adequação dos serviços e ações de saúde, além de contribuir para o monitoramento da situação em áreas geográficas definidas. Constitui de indicadores e marcadores para acompanhamento e avaliação da qualidade das ações desenvolvidas <sup>(4)</sup>.

A utilização deste banco de dados para o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas na Atenção Básica de Saúde é indispensável <sup>(1)</sup>. Principalmente quando reportamos à Portaria do MS nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 <sup>(5)</sup> que determina a meta de consolidar e qualificar a ESF

como modelo de Atenção Básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde.

Vários gestores municipais não valorizam a utilidades que os sistemas de informações apresentam, como está estabelecido nos artigos 7 e 15 da Lei Federal 8080/90, que incorpora a informação como elemento essencial à política da saúde, tanto para o planejamento, quanto à destinação de recursos para a saúde <sup>(6)</sup>.

### **1.1 Atenção Básica**

A catalogação da Atenção Primária, aqui utilizada como Atenção Básica, ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância <sup>(7)</sup>. A Declaração de Alma-Ata, um dos eventos mais importantes para a saúde pública de âmbito mundial, rompeu com o pensamento convencional sobre saúde <sup>(8)</sup>. Adotando o lema “Saúde para todos no ano 2000” a conferência internacional de Alma Ata, realizada em 1978 no Cazaquistão, propôs a reorganização dos sistemas de saúde por meio da atenção primária buscando o acesso e a assistência à saúde para todas as pessoas indistintamente.

O processo de implantação da Atenção Básica, sobretudo no continente americano, permitiu acumular experiências que mostraram a coexistência de uma ampla diversidade de definições, o que produzia alterações em seus aspectos operacionais <sup>(9)</sup>.

A Atenção Primária à Saúde é uma estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, como:

- Atenção generalizada sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde;
- Atenção acessível, integrada e continuada, por meio de trabalho em equipe;
- Atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;
- Atenção orientada à família e à comunidade;
- Atenção coordenada que inclui o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção;
- Atenção constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar <sup>(10)</sup>.

O termo Atenção Básica (AB), adotado pelo MS é utilizado no Brasil para manifestar os fundamentos e objetivos da Atenção Primária à Saúde. Mendes em seu livro “A atenção primaria à saúde no SUS” 2002 considera a expressão atenção primária à saúde mais adequada às normas internacionais, mas reconhece a denominação de atenção básica à saúde como sendo mais adequada para evitar interpretações errôneas e pejorativas de uma estratégia de atenção a saúde baseadas em níveis de complexidade, partindo de um nível de baixa complexidade, o primário, até um nível de maior complexidade, o quaternário <sup>(7)</sup>.

A Atenção Básica apresenta assim um conceito compatível com o SUS, adotando os princípios da equidade, da universalidade, da integralidade da atenção e um conjunto de ações, individuais e coletivas envolvendo desde a promoção de saúde, a prevenção de doenças até o diagnóstico, tratamento e a reabilitação <sup>(11)</sup>.

A Atenção Básica envolve ações de grande complexidade, pois agregam conhecimentos e práticas oriundos de diferentes áreas, como biologia, medicina, psicologia, educação e sociologia. Embora complexas, essas ações adotam

tecnologias de pequeno custo financeiro direto. Isso porque à maior parte dos problemas sobre os quais elas incidem não exige equipamentos e procedimentos de alto custo financeiro (baixa capitalização dos gastos). A AB é a porta de entrada do usuário para o sistema de saúde, com capacidade de reconhecer e resolver, em seu próprio nível de assistência, ou por meio de referenciamento, as diferentes necessidades e demandas em saúde da população de sua base territorial. Dessa forma, a AB assume as tarefas de reconhecer as necessidades e demandas de uma população definida (função de porta de entrada) e de prover acesso ao nível ótimo de atenção – seja na própria rede básica ou em algum dos outros pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica do sistema (função de referência e contra-referência). Essa função estruturante do sistema rompe com a idéia de que a Atenção Básica se resume a um conjunto de ações de baixa complexidade e de baixo custo, isolada dos pontos de atenção à saúde mais complexos, em que há maior custo e densidade tecnológica <sup>(12)</sup>.

A proposta atual da Atenção Básica e suas articulações com a atenção secundária e terciária pode ser comparada a uma rede de assistência a saúde, no qual cada ponto de atenção possui competências próprias, relacionadas à atenção primária, secundária ou terciária, com diferenciação de recursos tecnológicos, mas preservando sempre a qualidade da assistência. Cada um destes pontos de atenção é dotado de um grau de complexidade e densidade tecnológica necessários para a resolução das demandas (individual ou coletiva), que quando não atendidas naquele nível devem ser encaminhadas para outro ponto de atenção adequado <sup>(12)</sup>.

Os principais programas que compõem a Atenção Básica no Brasil são:

- Programa Saúde da Família – PSF;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS;
- Assistência Farmacêutica Básica;
- Ações de Vigilância Sanitária;
- Ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças <sup>(12)</sup>.

As metas que são consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde e que devem ser desenvolvidos neste nível de atenção são:

- Eliminação da Hanseníase;
- Controle da Tuberculose;
- Controle da Hipertensão Arterial;
- Controle do Diabetes Mellitus;
- A Eliminação da Desnutrição Infantil;
- Ações de Saúde da Criança;
- Ações de Saúde da Mulher;
- Ações de Saúde do Idoso;
- Ações de Saúde Bucal e a
- Promoção de Saúde <sup>(11)</sup>.

## **1.2 A Estratégia Saúde da Família**

Em 1991, o Ministério da Saúde, criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS que veio como resposta às necessidades de mudanças nas práticas de atendimento até então exclusivamente centradas no médico e de caráter biologicista, individualista e hospitalar. Em virtude do êxito do PACS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família – PSF, expandindo assim a estratégia do modelo de assistência adotado pelas equipes do PACS para outras categorias profissionais <sup>(13)</sup>.

Atualmente o PSF não é mais visto como um “programa” e sim como uma estratégia, passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF. Entendida hoje como uma forma de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Apresentam na sua composição mínima profissionais das seguintes categorias: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias,

localizadas em uma área geográfica delimitada <sup>(14)</sup>.

No cotidiano do trabalho das equipes todos os profissionais envolvidos em equipes atuam de forma a promover saúde, evitar as doenças, obter um diagnóstico precoce, tratamento das doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da população assistida. A responsabilidade pelo acompanhamento das condições de saúde das famílias cadastradas coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS, trazendo a necessidade do cuidado integral e integrado para toda a população esteja ele sadia ou não <sup>(14)</sup>. Assim,

A Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da ESF comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Até outubro de 2008 foram implantadas 29.2 mil equipes em 5.232 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 93.1 milhões de pessoas assistidas pela ESF <sup>(14)</sup>.

O Estado de Minas Gerais, em 2008, contava com uma cobertura de 68% da população pela Estratégia Saúde da Família, com 3.785 equipes implantadas, distribuídas em 832 dos seus 853 municípios, com um total de 23.968 Agentes Comunitários de Saúde <sup>(15)</sup>.

A Saúde da Família apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Entramos agora na fase de sua consolidação e para tanto precisamos manter um processo de monitoramento contínuo de suas ações que permita justificar a substituição da rede básica de serviços tradicionais dos municípios pela ESF tendo em vista, a sua capacidade de produção de melhores

resultados nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida <sup>(14)</sup>.

A ESF enseja uma reorganização do processo de trabalho em saúde, buscando um atendimento diferenciado, levando em conta os vários pontos importantes que vão desde diagnóstico local de saúde, por meio da territorialização, até ao controle social, com participação popular na gestão e no planejamento de suas ações <sup>(16)</sup>.

As características básicas do processo de trabalho da ESF são:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho <sup>(11)</sup>.

Pode-se verificar que existe a recomendação da utilização e monitoramento do SIAB no processo de trabalho da Atenção Básica.

### **1.3 Avaliação e Monitoramento na Estratégia Saúde da Família**

A avaliação corresponde ao ato de determinar o valor de alguma coisa em uma operação em que se faz um julgamento da capacidade de uma iniciativa organizacional produzir os resultados esperados a partir de um padrão comparativo da situação inicial com a desejada <sup>(17)</sup>.

A avaliação será um elemento fundamental na condução de políticas, programas e projetos se, juntamente com outras fontes de informação de mesma natureza – como análise de contexto, pesquisa socioeconômica por problemas, execução orçamentária e contabilidade pública, integrar-se no processo decisório. Para isso, é necessário que seja consistente com os processos de produção institucionais, com a cultura organizacional, com a dinâmica de tomada de decisões própria de cada instituição e que se insira com naturalidade no ciclo de criação e internalização de conhecimento da organização <sup>(18)</sup>.

No âmbito específico do Setor Saúde, as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações <sup>(19)</sup>.

No ambiente ambulatorial é difícil definir e até medir o “produto” final da atenção à saúde dos indivíduos assistidos, pois os problemas dos pacientes são tão pouco compreendidos que a natureza de seu curso ou sua progressão



é desconhecida. Diferentemente da área hospitalar, em que as condições de saúde dos pacientes entre a admissão e a alta podem ser descritas de forma clara e assim, os seus resultados podem ser mais facilmente mensurados <sup>(20)</sup>.

Desde o final dos anos 1980 e início dos 1990, com o advento das reformas dos sistemas de saúde em muitos países, surgiram estudos avaliativos dirigidos ao desempenho global da rede de Atenção Primária, e não restritos aos aspectos assistenciais de serviços isolados. Entre eles, pode-se citar os estudos de Murrey e Jolley <sup>(21)</sup>, na Austrália; Conill <sup>(22)</sup>, no Brasil; Koppel et al <sup>(23)</sup>, na Estônia; Villalbi et al <sup>(24)</sup>, na Espanha. Estes estudos produziram evidências sobre a contribuição da Atenção Primária para os sistemas de saúde e para a saúde da população assistida, demonstrando que atenção primária ajuda a prevenir doenças e mortes e que está diretamente associada a uma distribuição mais equânime da saúde na população em geral <sup>(12)</sup>.

Ao assumir a institucionalização da avaliação à rotina dos serviços de saúde, há a necessidade de investir no fortalecimento e desenvolvimento da capacidade técnica dos gestores, profissionais e usuários do SUS para utilizarem as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias para o planejamento e a gestão dos sistemas de saúde <sup>(25)</sup>.

Bodstein <sup>(26)</sup> em seu estudo denominado “Atenção básica na agenda da saúde” enfatiza a importância de avaliar processos e resultados intermediários voltados para o desempenho institucional, que pode ser entendido como uma vontade política e compromisso público, capacidade de gestão e maior controle e participação social, mais do que exatamente efeitos ou impactos mais diretos sobre a oferta de serviços.

O monitoramento é entendido como processo sistemático e contínuo capaz de produzir informações sintéticas e em tempo eficaz, permitir uma avaliação situacional e a intervenção rápida e oportuna que seja capaz de confirmar ou corrigir as ações monitoradas <sup>(12)</sup>.

Felisberto <sup>(25)</sup> comentando sobre os temas avaliação e monitoramento diz que:

A Avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde <sup>(25)</sup>.

Na realidade o SIAB se presta a fazer esses dois componentes, ou seja, monitorar e avaliar a Atenção Básica.

#### **1.4 A Estratégia Saúde da Família em Montes Claros**

A cidade de Montes Claros foi fundada em 03 de julho de 1857. Localizado no norte do estado de Minas Gerais, o município situa-se na Serra do Espinhaço, no alto médio São Francisco, na área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e ocupa a condição de capital dos municípios do polígono mineiro das secas. É a 5ª maior cidade do estado e o 2º maior entroncamento rodoviário do país, ligando o centro oeste ao nordeste do Brasil. É rico em manifestações folclóricas e possui boa infra-estrutura turística <sup>(27)</sup>. É o principal centro urbano do Norte de Minas, e por esse motivo apresenta características de capital regional, pois seu

raio de influência abrange todo o norte de Minas Gerais e parte do sul da Bahia <sup>(28)</sup>. Com uma área territorial de 3.582 km<sup>2</sup> de extensão <sup>(29)</sup>.

Montes Claros, desde 1996, em sintonia com a proposta do Governo Federal e Estadual, vem aderindo a ESF implantando de forma gradativa as suas equipes no município. Este processo iniciou-se com a implantação em 1996 de cinco equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a partir de setembro de 1998 com a implantação de duas primeiras equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Desde então, o município vem implantando de forma gradativa suas equipes da ESF, chegando ao final de 2000 com 18 equipes, sendo 17 na área urbana e 01 na área rural, que correspondia à época a uma cobertura de 22% <sup>(30)</sup>.

O município contava em dezembro de 2007 com uma população de 352.384 mil habitantes <sup>(29)</sup> e com 48 equipes, sendo que 43 delas encontram-se na zona urbana e 05 na zona rural o que conferia ao município um percentual de cobertura de 41% de sua população pela Estratégia Saúde da Família <sup>(31)</sup>.

Em 2003, o município de Montes Claros assinou um convênio com o Ministério da Saúde (MS) / Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família) que requer como responsabilidade do município, dentre outras coisas, o alcance da meta de cobertura de mais de 70% da população até final do ano de 2006 <sup>(30)</sup>.

Atualmente o município conta com 49 equipes da ESF <sup>(31)</sup> com uma população estimada para 1º de julho de 2008 de 358.271 mil habitantes <sup>(32)</sup> o que corresponde a 41% de cobertura populacional.

Verifica-se um esforço do município em ampliar a cobertura da população assistida pela ESF, no entanto percebe-se uma dificuldade em atingir as metas pactuadas.

### **1.5 O trabalho do profissional Médico na Estratégia Saúde Família**

Teoricamente, os profissionais médicos não necessitariam de uma formação específica para atuarem na ESF, porém estes deveriam ter formação generalista, ou especialização e/ou residência em Saúde da Família, residência em Medicina de Família e Comunidade e/ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, ou ainda possuir um perfil ou vocação para trabalhar em equipe e com a comunidade.

Tais necessidades vêm dificultando a inserção desses profissionais, visto que é recente esta especialidade no Brasil e os primeiros profissionais graduados com este perfil estão entrando no mercado de trabalho somente agora, nos últimos anos, sendo insuficiente para atender toda a demanda.

Os médicos da Atenção Básica, por estarem mais próximos do paciente e lidarem com uma variedade mais ampla de problemas individuais e coletivos ficam numa melhor posição para avaliarem o papel dos múltiplos e interativos determinantes do processo saúde-doença, quando comparados aos especialistas que não sejam da Saúde da Família <sup>(20)</sup>.

Atualmente a formação médica, assim como a de outros profissionais da área da saúde, embora mais gritante nesta categoria profissional, está cada vez mais voltada para a especialização, não a da Saúde da Família, mas aquelas voltadas para o paradigma biomédico com um referencial positivista,

centrado no orgânico e voltado para a doença, em que a promoção a saúde e a prevenção aparecem muito pouco <sup>(16)</sup>.

Segundo Del Ciampo e Ricco, “[...] embora procure atender a algumas especialidades de cada região, cultura e comunidade, a formação do médico segue determinados parâmetros universalmente estabelecidos e aceitos há muito tempo [...]”, dificultando assim a oferta de um profissional com o perfil mais generalista e voltado para o trabalho em equipe multiprofissional <sup>(33)</sup>.

Cada vez mais, e o Saúde da Família vem exigindo isso, busca-se a formação de um profissional médico mais completo que incorpore na formação as tendências da medicina contemporânea, baseada nas melhores evidências científicas, como treinamento predominantemente em ambiente ambulatorial, ao invés do hospitalar, a participação efetiva dos pacientes nas decisões sobre tratamentos e procedimentos a serem realizados, uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar no campo do saber, além da valorização dos aspectos epidemiológicos, sociais e culturais das doenças e dos doentes <sup>(34)</sup>.

Com o objetivo de tentar solucionar o problema da falta de profissionais médicos generalistas, o Ministério da Saúde tem empenhado em proporcionar capacitação para os profissionais que atuam na ESF, com cursos de especialização, residências em Saúde da Família, em Medicina de Família e Comunidade e cursos de atualização, em articulação com outros atores envolvidos no processo, como as instituições de ensino superior, as secretarias estaduais e municipais da saúde <sup>(35)</sup>.

De acordo com a Portaria do MS nº 648/GM são atribuições dos médicos da ESF:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

VIII - compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;

IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração <sup>(36)</sup>.

A portaria 648 de março de 2006 foi alterada pela portaria 1625 em julho de 2007 em relação às atribuições dos profissionais das equipes da ESF, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica.

## **1.6 O trabalho do profissional Enfermeiro na ESF**

O profissional enfermeiro busca trabalhar em equipe. O trabalho da equipe da Saúde da Família é o elemento chave para a obtenção permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre todos os

membros da equipe. Além disso, caracteriza-se por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar os sistemas de informações para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade <sup>(14)</sup>.

O trabalho da equipe da Saúde da Família está relacionado com a obtenção de resultados decorrentes da atenção dispensada aos problemas de saúde. Pelo fato da equipe da Saúde de Família ser multiprofissional, cabe a cada profissional manter-se articulado com o conjunto de ações, procurando constantemente articular as suas ações com as dos demais profissionais da equipe <sup>(37)</sup>.

Na ESF, além das atividades de assistência desenvolvidas pela equipe, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações capazes de nela interferir. Sendo as principais atribuições dos profissionais da Saúde da Família: Planejamento de ações; promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância em saúde; e trabalho interdisciplinar em equipe <sup>(38)</sup>.

No processo de trabalho assistencial, o enfermeiro toma como objeto as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem. E no processo de trabalho gerencial, o enfermeiro toma como objeto os trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho e tem por

finalidade a implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem <sup>(37)</sup>.

Ainda em relação às atividades desenvolvidas por este profissional, foi aprovada pela Portaria do MS nº 648/GM de 28 de março de 2006 e modificada pela portaria nº 1625 de 10 de julho de 2007, a Política Nacional de Atenção Básica, que confere ao enfermeiro as seguintes atribuições:

- I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.
- II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal." (BRASIL, 2007)
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF <sup>(11)</sup>.

É neste contexto que entendemos que a atenção a saúde não se limita apenas a assistência médica, e sim incorpora novos espaços de atuação de outros profissionais e novos saberes aos processos de trabalho já existentes, necessitando de um compromisso permanente de todos os trabalhadores envolvidos com a concepção ampliada de saúde <sup>(39)</sup>.

## **1.7 Sistema de Informação em Saúde - SIS**

A informação tem hoje na sociedade moderna um papel de destaque comparado a um cerne onde tudo tem girado ao seu redor, seja a mais



simples, como a solicitação do endereço residencial de uma pessoa, até as mais complexas, "guardadas às sete chaves", por terem uma extrema importância para quem as possuem <sup>(16)</sup>.

Desta forma, poderíamos pensar na capacidade e no poder transformador da realidade exercido através da informação, porém isso somente acontecerá de fato nas sociedades que a utilizarem com esta finalidade.

O conhecimento atualizado das condições de saúde da população decorre da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente as referentes ao conjunto de indicadores básicos selecionados para acompanhamento periódico. A precisão desse conhecimento, por sua vez, depende, em grande parte, da qualidade dos dados gerados nos sistemas de informação de saúde, o que pode estar influenciado por múltiplos fatores, técnicos e operacionais. O uso regular desses dados, por serviços e instituições acadêmicas da área de saúde, contribui decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas <sup>(40)</sup>.

A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 prevê, em seu artigo 47, a organização pelo Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, de um Sistema Nacional de Informações em Saúde - SIS, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços <sup>(6)</sup>.

Os sistemas de informações são caracterizados como sendo um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam

com a finalidade de atender às necessidades de informações de instituições, programas, serviços e estes podem ser informatizados ou manuais <sup>(41)</sup>.

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são aqueles desenvolvidos e implantados com o objetivo de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, a fim de contribuir para melhorar a situação de saúde individual e coletiva. São funções dos SIS: planejamento; coordenação; supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações <sup>(41)</sup>.

Na área de saúde, também são de interesse dados produzidos fora do setor (demográficos, de saneamento, documentais e administrativos). Dados ditos secundários que não são rotineiros e que são coletados esporadicamente, obtidos através de inquéritos, levantamentos e estudos especiais, mas também são muito úteis às análises da situação de saúde e da vigilância epidemiológica. A coleta de dados deve ser racional e objetiva, visando à construção de indicadores epidemiológicos ou operacionais que atendam aos objetivos de cada programa ou instituição, evitando-se descrédito do sistema e desperdício de tempo e recursos <sup>(41)</sup>.

Os indicadores necessitam terem uma potencialidade em produzir informações com periodicidade definida e que possam ser capazes de demonstrar o comportamento de um fenômeno em um dado espaço de tempo. Para isso, faz-se necessário a disponibilidade do dado, bem como, uniformidade e facilidade na coleta, simplicidade técnica na elaboração e bom poder discriminatório para se ter uma boa especificidade do indicador <sup>(41)</sup>.

Os indicadores são considerados como sendo partes essenciais do monitoramento e é uma variável, uma característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar <sup>(42)</sup>. O indicador é, por definição, uma unidade que permite medir o alcance de um objetivo ou meta. É expresso por um número, acompanhado da unidade de medida (número absoluto, percentual), ou por uma relação que traduz o resultado programado ou realizado de uma meta.

Os indicadores podem mostrar o desempenho de um serviço, medindo-se o grau em que seus objetivos foram alcançados (eficácia), o nível de utilização de recursos (eficiência) ou as mudanças ocorridas (impacto ou efetividade).

### **1.8 O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**

Este sistema de informação, implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/DATASUS, tem por objetivo o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família- PSF <sup>(43)</sup>.

Os dados que os Agentes Comunitários de Saúde - ACS e a Equipe de Saúde da Família coletam regularmente sobre as famílias e indivíduos

cadastrados é que alimentam esse sistema, permitindo acompanhar os casos de doenças, a vacinação, a gestação, o crescimento e desenvolvimento das crianças e os óbitos. As informações fornecidas por esse sistema são bastante abrangentes e, quando alimentado corretamente (fichas preenchidas e digitadas corretamente), é possível acompanhar somente através dele os principais indicadores de saúde da população adscrita pela equipe <sup>(19)</sup>.

Desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária completamente inserida no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Dentre elas, destacamos:

- Micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;
- Utilização mais ágil e oportuna da informação;
- Produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas;
- Consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados <sup>(19)</sup>.

Por meio deste sistema obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde <sup>(19)</sup>.

Principal instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e

Avaliação/DAB/SAS (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a Atenção Básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS <sup>(19)</sup>.

A disponibilização da base de dados do SIAB na rede mundial de computadores faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS <sup>(44)</sup>.

O SIAB permite a captura dos dados relacionados a ações assistenciais (individuais e coletivas), de vigilância (riscos individuais e coletivos) e agravos.

Para a utilização do SIAB em toda sua capacidade, o município precisa montar a equipe de saúde da família, composta por equipe multiprofissional responsável por, no máximo 4000 habitantes, sendo a média recomendada 3000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimento de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das Equipes da Saúde da Família e que possua minimamente: a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala para cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacinas e sanitários, por unidade; c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde <sup>(11)</sup>.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da ESF, dos ACS e da Saúde Bucal

- SB tem por base os dados de alimentação obrigatória e regular do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios. A Lógica de transmissão dos dados se processa da seguinte maneira:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês <sup>(11)</sup>.

No que diz respeito aos conceitos essenciais de sistema é necessário incorporar alguns conceitos tidos com sendo imprescindíveis para a operacionalização do SIAB dentro da ESF, que são:

- Território: a organização de Atenção Básica coloca a necessidade de territorialização, com adscrição de clientela. O sistema deve permitir a análise dos dados em função dos espaços territoriais definidos.
- Nas áreas com PACS/PSF, o território corresponde à área coberta por um agente comunitário de saúde (território microárea); a área de abrangência de uma equipe de saúde (território-área); a um conjunto de áreas (segmento territorial) definido pelo município, ao próprio município;
- Nas áreas sem PACS/PSF, minimamente deve-se ter a área de abrangência da população de uma unidade básica de saúde; além disso, o sistema deve permitir a geração de relatórios por outros espaços

territoriais que constituem agregados de áreas (distrito sanitário, por exemplo).

- Família: o sistema permite uma análise relativa do agregado familiar, sendo, para isso, fundamental a vinculação no sistema do indivíduo a família;
- Equipe de saúde: é necessário adotar a equipe de saúde como unidade de análise desagregando, em uma unidade básica de saúde, os dados por equipe, nos casos em que as unidades funcionem com mais de uma equipe do PSF ou com modelos mistos (PSF e outro tipo compartilhando a mesma unidade de saúde) <sup>(45)</sup>.

Embora o SIAB apresente limitações como, por exemplo, cobrir parcialmente as ações referentes à atenção básica, algumas informações com duplicidade de dados e pouca importância nas divulgações de suas informações por parte dos gestores e profissionais para a população assistida, ele é o sistema de informação oficial adotado em todo o Brasil nas equipes da ESF. Uma grande quantidade de dados é gerada todos os meses em cada uma destas equipes. O presente estudo visa caracterizar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF que lidam dia a dia na ponta do sistema com estas informações e analisar a utilização do SIAB por estes profissionais no cotidiano de suas atividades no município de Montes Claros – MG.

## **2      Objetivos**

### **2.1    Objetivo Geral**

- ✓ Verificar a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros - MG.

### **2.2    Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na ESF do município de Montes Claros MG;
- ✓ Verificar o grau de conhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF em relação ao SIAB;
- ✓ Analisar a utilização do SIAB pelos os médicos e enfermeiros da ESF no planejamento de suas ações.



### **3 Material e Métodos**

O capítulo de “Materiais e Métodos” apresenta-se suprimido aqui, pois a presente dissertação foi confeccionada com a inserção de artigo científico. Os aspectos metodológicos encontram-se descritos no próprio artigo científico.

O artigo científico intitula-se: Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais, submetido para publicação na revista INTERFACE de acordo com as normas da mesma.

#### **4 Resultado/Produto Alcançado**

**Artigo científico:**

**Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais.**

**Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais.**

**Use of information system of warning for basic medical team of nurses and health strategy for the family of the municipality of Montes Claros, Minas Gerais.**

**Uso del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB) por equipos de médicos y enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Montes Claros, Minas Gerais.**

Leandro Dias de Godoy Maia <sup>I</sup>

Juliana de Pádua Rocha Corrêa <sup>II</sup>

Ana Cláudia Frota Machado de Melo Lopes <sup>III</sup>

João Felício Rodrigues-Neto <sup>IV</sup>

1

Este texto é inédito, resultado de dissertação de mestrado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, no dia 25 de março de 2008, processo nº 980/08.

---

<sup>1</sup> <sup>I</sup> Mestrando em Ciências da Saúde, Médico da Atenção Básica, Professor da Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES. Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Rua: João Souto, 540- [aptº](#). 801. Centro - Montes Claros, MG. CEP: 39400-081. Email: [leogodoymoc@hotmail.com](mailto:leogodoymoc@hotmail.com). Tel: (38) 84060404. <sup>II</sup> Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade São Camilo, MG. Rua: João Souto, 540- [aptº](#). 801. Centro - Montes Claros, MG. CEP: 39400-081. Email: [julianadepaduarc@hotmail.com](mailto:julianadepaduarc@hotmail.com). Tel: (38) 84053812. <sup>III</sup> Estudante do 5º período de medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Avenida Francisco Sá, nº 205. Centro - Montes Claros, MG. CEP: 39400-000. Email: [nanaclaudiafrota@bol.com.br](mailto:nanaclaudiafrota@bol.com.br). Tel: (038) 99866994. <sup>IV</sup> Doutor em Medicina Interna e Terapêutica, Professor do Departamento de Clínica Médica da UNIMONTES, Avenida Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito – Montes Claros, MG. CEP: 39401-001. Email: [joaofelicio@yahoo.com](mailto:joaofelicio@yahoo.com). Tel: (38)32248372.

**Resumo:**

Este estudo objetivou caracterizar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, MG e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica por estes. Foram entrevistados 44 profissionais; 65.9% mulheres; com média de idade de 34.7 anos; 90.0% possuíam residência e/ou título de especialista e 9.1% especialização. Tinham em média 7.5 anos de formados; 93.2% possuíam treinamento sobre SIAB; 93.2% utilizavam o SIAB para planejamento das suas ações; 77.3% consideraram inadequada a frequência que recebiam relatórios da coordenação municipal da situação dos indicadores das equipes. Entretanto, 93.2% sentiam-se capacitados para monitorarem as informações do SIAB e 86.4% acreditavam que as informações do SIAB correspondiam à realidade do seu território. Concluímos, a maioria dos profissionais eram mulheres, jovens, possuíam formação especializada em Saúde da Família, receberam treinamento no SIAB e o utilizavam como ferramenta de planejamento de suas atividades.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde , Programa Saúde da Família , Sistemas de Informação, Avaliação em Saúde .

**Abstract:**

This study aimed to characterize the profile of professional doctors and nurses who work in teams of the Family Health Strategy in Montes Claros, Minas Gerais and the use of the Information System of Primary Care for them. We interviewed 44 professionals, 65.9% women, with an average age of 34.7 years, 90.0% had residence and / or title of specialist expertise and 9.1%. They had on average 7.5 years of graduates, 93.2% had training on SIAB; 93.2% used the SIAB planning for their shares, 77.3% considered inappropriate as often as you received reports from local coordination of the situation of the indicators of teams. Meanwhile, 93.2% felt themselves able to monitor information from the SIAB and 86.4% believed that the information of SIAB corresponded to the reality of its territory. In conclusion, most professionals were women, youth, had specialized training for Family Health, received training in SIAB and used as a tool for planning their activities.

**Descriptors:** Primary Health Care , Family Health Program , Information Systems , Health Evaluation

**Uso del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB) por equipos de médicos y enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Montes Claros, Minas Gerais.**

**Resumen:**

Este estudio tenía como objetivo caracterizar el perfil profesional de los médicos y enfermeras que trabajan en equipos de la Estrategia Salud de la Familia en Montes Claros, Minas Gerais y el uso del Sistema de Información de

Atención Primaria para ellos. Entrevistamos a 44 profesionales, 65,9% mujeres, con una edad mediana de 34,7 años, 90,0% tenía residencia y / o título de especialización y el 9,1%. Tenían en promedio 7,5 años de graduados, el 93,2% tenía formación en SIAB; 93,2% utilizó el SIAB la planificación de sus acciones, 77,3% considera inadecuado tan a menudo como usted recibió informes de la coordinación local de la situación de los indicadores de los equipos. Mientras tanto, el 93,2% sienten capaces de controlar la información del SIAB y el 86,4% cree que la información de SIAB correspondía a la realidad de su territorio. En conclusión, la mayoría de los profesionales son mujeres, jóvenes, tuvo una formación especializada para la Salud de la Familia, recibieron capacitación en SIAB y utilizado como una herramienta para la planificación de sus actividades.

**Descriptor:** Atención Primaria de Salud , Programa de Salud Familiar, Sistemas de Información , Evaluación en Salud

## **Introdução:**

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB é um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde que possibilita, através de indicadores e marcadores, descrever a realidade socioeconômica, sinalizar a situação de adoecimento e morte na população e avaliar a adequação dos serviços e ações de saúde em áreas que possuem cobertura na Estratégia Saúde da Família - ESF. Constituindo assim, em uma ferramenta para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas, capaz de propiciar um acompanhamento e avaliação da qualidade das ações desenvolvidas no universo da ESF, mediante a obtenção de informações da situação de saúde das famílias e indivíduo acompanhados <sup>(1)</sup>.

O SIAB foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do Sistema Único de Saúde - SUS com informações, visando à melhor eficiência e consolidação dos dados coletados. O sistema tem informações que permitem detectar desigualdades, localizar problemas sanitários em microrregiões, realizar intervenções, otimizar o seu uso, produzir indicadores e consolidar as informações progressivamente <sup>(2)</sup>.

O SIAB, conforme Felisberto<sup>(3)</sup>,

“...é o principal instrumento de monitoramento da Atenção Básica com características muito peculiares de apoio à gestão, ao fazer uso dos conceitos de territorialização, adscrição de clientela e potencialidade de uso por profissionais integrantes das equipes de saúde para discussão com a comunidade usuária e programação local” <sup>(3)</sup>.

O SIAB está em consonância com a conceituação da Atenção Básica, entendida como: “... um conjunto de ações de saúde que englobam a

promoção, prevenção, diagnóstico, prestação de cuidado”... Embora a Atenção Básica, apresente problemas complexos, este ponto de atenção à saúde tem a capacidade de resolver as demandas de saúde de maior frequência e relevância das populações assistidas <sup>(4)</sup>.

No Brasil, a estratégia de reorganização da Atenção Básica é a Saúde da Família. A ESF tem demonstrado ser um importante avanço, sobretudo, ao que tange ao acesso aos serviços de saúde por parte da população. Isso fica evidente por meio da crescente expansão no número de equipes e de famílias assistidas <sup>(1)</sup>. Neste contexto, uma quantidade significativa de dados vem sendo produzidos no cotidiano do trabalho destas equipes.

Diversos autores, Branco <sup>(5)</sup>, Motta e Carvalho <sup>(6)</sup>, Medina <sup>(7)</sup>, Machado <sup>(8)</sup>, têm feito referências sobre o papel da informação como ferramenta para a avaliação, o monitoramento e o planejamento do conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde, sobretudo a despeito de sua baixa valorização e utilização por parte de gestores, profissionais e menos ainda pelos usuários <sup>(1)</sup>.

Este estudo visa levantar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes da ESF no município de Montes Claros, MG e verificar a utilização do SIAB pelos mesmos no cotidiano de seu trabalho para avaliar e planejar suas ações nas atividades individuais e coletivas.



**Material e Métodos:**

O estudo proposto foi desenvolvido no município de Montes Claros, MG que possui 352.384 mil habitantes e destaca-se como pólo de desenvolvimento regional, abrangendo a região Norte de Minas Gerais, Vales do Jequitinhonha e Mucuri e Sul da Bahia, onde vivem mais de dois milhões de habitantes <sup>(9)</sup>. O município de Montes Claros necessita de 117 equipe da ESF para uma cobertura de 100%. No período estudado a cobertura era de 41% da população. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), conforme parecer consubstanciado nº. 980/08. Foi realizada uma pesquisa transversal e descritiva. A população do estudo foi composta pelas 48 equipes do Programa Saúde da Família existente no município de Montes Claros, até dezembro de 2007. Os critérios de inclusão foram: Equipes da ESF com médicos e enfermeiros com no mínimo 12 meses de implantação e informações no SIAB e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa de acordo com a Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996. Critérios de exclusão: a não aceitação do profissional a participar do estudo. O estudo foi realizado entre os meses de junho a outubro de 2008 e consistiu de entrevista com questionário estruturado contendo informações do nome da equipe de atuação do profissional, sexo, idade, local de graduação, tempo de formado, pós-graduação em Saúde da Família, tempo de atuação na equipe da ESF, se já recebeu algum treinamento sobre o SIAB e questões específicas sobre a utilização das informações do SIAB no cotidiano do trabalho nas equipes da

ESF para os médicos e enfermeiros. As análises descritivas foram feitas através de suas frequências simples e relativas, utilizando gráficos para as variáveis categóricas e a média e desvio padrão para as variáveis numéricas. Para analisar as variáveis: idade, sexo, local de graduação, pós-graduação em Saúde da Família, tempo de atuação da atual equipe, treinamento no SIAB e a utilização do SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros, foi utilizado o teste não-paramétrico do Qui-Quadrado ( $X^2$ ). Para comparar o tempo de trabalho dos profissionais foi adotado o teste não paramétrico de “Mann-Whitney”. O nível de significância adotado foi de 0,05. O software utilizado foi o “Statistical Package for the Social Sciences” - SPSS 15.0.

## Resultados e Discussão:

Do total de 48 equipes da ESF existentes no município de Montes Claros em dezembro de 2007, 45,8% (22) equipes possuíam médicos e enfermeiros há 12 meses ou mais na equipe. Essas 22 equipes que se enquadravam no critério de inclusão todos os 44 profissionais, 22 médicos e 22 enfermeiros, aceitaram participar da pesquisa. Das 26 equipes que foram excluídas do estudo, 13 equipes estavam há menos de 12 meses informando o SIAB; 09 equipes não possuíam médicos e 04 equipes não tinham médicos e enfermeiros, há no mínimo de 12 meses.

Quanto ao sexo, do total dos profissionais pesquisados, predominou o sexo feminino com 65.9% (29) e masculino 34.1% (15). Entre os médicos 54.5% (12) e entre os enfermeiros 77.3% (17) eram do sexo feminino (Tabela 1).

Estudo realizado por Machado <sup>(10)</sup>, envolvendo 3131 profissionais (1480 médicos e 1651 enfermeiros) que atuavam na ESF no Brasil entre os meses de janeiro a junho de 1999, revelou que, à época, 68.67% (2153) dos profissionais eram do sexo feminino e 31.24% (978) do sexo masculino, sendo que 55.95% (825) dos médicos eram homens e entre os enfermeiros 90.91% (1501) eram mulheres. Esses dados corroboram com os encontrados em nosso estudo divergindo apenas na categoria dos médicos segundo o sexo, onde encontramos um maior número de médicos do sexo feminino.

Os dados encontrados neste estudo são compatíveis com outros que vem revelando, entre outras tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões <sup>(11)</sup>.

Constatamos que a maior parte dos profissionais 43.2% (19) encontrava na faixa etária de 25 a 30 anos e em seguida vêm os que estão na faixa etária de 31 a 35 anos 31.8% (14), caracterizando a população estudada como jovens. Observamos que a média  $\pm$  Desvio Padrão (DP) da idade foi  $34.7 \pm 7.66$ , variando de 25 a 57 anos dentre os profissionais médicos e enfermeiros.

Entre os médicos de ambos os sexos a média  $\pm$  DP da idade em anos foi  $38 \pm 8.79$ , tendo como extremos as idades de 27 anos e 57 anos. A média  $\pm$  DP da idade dos profissionais enfermeiros de ambos os sexos foi de  $30.14 \pm 3.26$ , tendo como extremos 25 anos e 38 anos o que caracteriza estes profissionais como sendo mais jovens que os médicos.

Na pesquisa nacional realizada em 1999, entre os 3131 profissionais médicos e enfermeiros entrevistados, 28.33% (887) tinham até 29 anos e 39.99% tinham de 30 a 39 anos. Sendo que entre os médicos 19.12% (283) tinham até 29 anos e 38.58% (571) tinham de 30 a 39 anos. Entre os enfermeiros 36.58% (604) tinham até 29 anos e 41.25% (681) estavam na faixa etária de 30 a 39 anos <sup>(10)</sup>.

Estudo realizado em Texeiras, MG, em 2000, com 28 profissionais da ESF, através de aplicação de questionário semi-estruturado, foi encontrado que; a faixa etária dos profissionais preponderante era de 20 a 30 anos 42,9% (12); a idade dos entrevistados oscilava entre 19 e 57 anos e sua mediana correspondente foi de 28 anos; predominando o sexo feminino 57% (16) entre os profissionais desse estudo <sup>(12)</sup>.

Dos 44 profissionais (22 médicos e 22 enfermeiros) que participaram deste estudo, 81.8% (36) dos profissionais fizeram seu curso de graduação em Instituições de Ensino Superior – IES públicas e 18.2% (08) em IES privadas.

Entre os enfermeiros, 95% (21) realizaram sua graduação em IES pública e entre os médicos 68% (15) concluíram a graduação em IES pública (Tabela 1).

No Brasil, entre os 3131 profissionais entrevistados, 72,15% (2.259) graduaram-se em IES públicas e 27,85% (872) em IES privadas <sup>(10)</sup>. Resultado semelhante foram encontrados no presente estudo.

Dos 44 profissionais (22 médicos e 22 enfermeiros) pesquisados em Montes Claros, 100% possuíam alguma formação de pós-graduação em Saúde da Família, 90.9% (40) profissionais possuíam residência em saúde da família e/ou Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, 9.1% (04) profissionais possuíam especialização em saúde da família (Tabela 1).

O estudo nacional realizado em 1999 encontrou um quadro preocupante uma vez que os dados mostravam uma baixa qualificação dos profissionais que trabalhavam na ESF, à época, sendo que, 62.9% (1032) enfermeiros relataram não possuir nenhuma pós-graduação e 62.8% (930) dos médicos relatavam não ter passado por nenhum programa de residência médica <sup>(10)</sup>. Guardadas as proporções e magnitude deste estudo em relação ao descrito anteriormente, podemos verificar um grande avanço no que tange a capacitação dos profissionais da ESF em Montes Claros, embora tenhamos analisado somente 46% dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município.

Os achados relacionados à formação profissional estão refletindo os esforços do Ministério da Saúde - MS que tem incentivado a implantação de cursos de especialização e residência em saúde da família como estratégia de criar ou fortalecer determinadas “culturas” no campo de saúde pública para garantir avanços técnicos e políticos <sup>(11)</sup>. Os cursos de especialização e

residência multiprofissional em saúde da família foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém egressos dos cursos de medicina e enfermagem, uma formação mais voltada às necessidades da ESF. Outro objetivo esperado era estimular, no interior das universidades e escolas públicas, a inserção deste tema nos programas de pós-graduação Lato Sensu. Esses cursos foram viabilizados com recursos do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS em 2001, e pelos programas criados através de portarias interministeriais, envolvendo o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró – Saúde, em 2005 e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde o PET – Saúde, em 2008.

A UNIMONTES e a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros acumularam uma valiosa experiência, nos últimos 10 anos, na formação profissional para o trabalho no campo dos cuidados primários de saúde/saúde da família. Tal acumulação é abrangente, na medida em que transita nos diferentes níveis da graduação e nas diferentes modalidades de pós-graduação. É multiprofissional, na medida em que contempla as profissões que integram a equipe mínima do PSF (médico, enfermeiro e dentista). É, também, interinstitucional, pois envolve o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Universidade e Secretaria Municipal de Saúde.

Os 44 profissionais médicos e enfermeiros pesquisados possuíam em média 7.5 anos de formados, tendo nos extremos mínimos e máximos em 01 ano e 27 anos, respectivamente. A maioria destes, 81.8% (36) profissionais possuíam menos de 10 anos de formados. Entre os 22 profissionais médicos,

63.6% (14) possuíam menos de 10 anos de formados e 100% dos enfermeiros se apresentavam nesta mesma faixa (Tabela 1). Esses dados demonstram uma procura pelo ESF no início da carreira, logo após a formatura e como neste estudo entrevistamos somente aqueles que tinham mais de 12 meses na mesma equipe, podemos verificar que houve uma opção pela especialidade.

De acordo com o estudo nacional, esses profissionais estavam na fase de afirmação profissional no mercado de trabalho. Nesse mesmo estudo, 72.6% (2.273) tinham menos de 15 anos de formado <sup>(10)</sup>.

Os resultados encontrados relacionado à participação em treinamentos a respeito do SIAB, 93.2% (41) dos profissionais responderam ter tido algum treinamento, sendo destes 90.9% (20) médicos e 95.5% (21) enfermeiros (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros - 2007.

Variável	Descrição	Médicos		Enfermeiros		Total		p*
		n	%	n	%	n	%	
- Sexo	Feminino	12	54.5	17	77.3	29	65.9	0.11
	Masculino	10	45.5	05	22.7	15	34.1	
- Idade (anos)	De 25 a 30	06	27.3	13	59.1	19	43.2	0.02
	De 31 a 35	06	27.3	08	36.4	14	31.8	
	De 36 a 40	03	13.6	01	4.5	04	9.1	
	De 41 a 50	05	22.7	-	-	05	11.4	
	Mais de 50	02	9.1	-	-	02	4.5	
- Local de graduação	IES** pública	15	68.2	21	95.5	36	81.8	0.01
	IES **privada	07	31.8	01	4.5	08	18.2	
- Tempo de formado (anos)	<10	14	63.6	22	100	36	81.8	0,02
	≥10	8	36.4	-	-	8	18.2	
- Pós-graduação em Saúde da Família	Especialização	01	4.5	03	13.6	04	9.1	0,29
	Residência e/ou Título de especialista em Medicina de Família e Comunidade	21	95.5	19	86.4	40	90.9	
- Tempo de atuação na atual equipe da ESF (anos)	1 a 2	09	40.9	03	13.6	12	27.3	0.20
	> 2 a 3	06	27.3	05	22.7	11	25	
	> 3 a 4	01	4.5	01	4.5	02	4.5	
	> 4 a 5	05	22.7	12	54.5	17	38.6	
	> 5	01	4.5	01	4.5	02	4.5	
- Treinamento sobre SIAB	Sim	20	90.9	21	95.5	41	93.2	0.55
	Não	02	9.1	01	4.5	03	6.8	

Fonte: Entrevista aplicada aos profissionais no período de junho/setembro 2008.

\*Nível de significância \*\* IES – Instituição de Ensino Superior.



Quarenta e um (93.2%) dos profissionais entrevistados responderam sentir-se capacitados para monitorarem as informações do SIAB. Todos os enfermeiros entrevistados afirmaram sentir-se capacitados para monitorarem o SIAB. Em estudo realizado em São Paulo no ano de 2006, com 40 profissionais médicos envolvidos na ESF, 25% (10) dos profissionais participaram de treinamentos sobre o SIAB <sup>(13)</sup>. Os resultados deste estudo demonstram que os profissionais do município de Montes Claros que estavam a pelo menos 12 meses nas equipes, apresentaram um alto índice de treinamento no SIAB. Tais achados também divergem do estudo qualitativo realizado no município de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2006, com a participação de 10 enfermeiros da ESF, os quais relataram que a maioria dos profissionais que atuavam na ESF não havia recebido treinamento específico para utilizar o SIAB. Os que receberam o treinamento específico foram aqueles que estavam na equipe desde sua inauguração não havendo educação continuada e/ ou permanente neste quesito <sup>(14)</sup>.

Dos 44 profissionais entrevistados, 93.2% (41) profissionais utilizavam os dados do SIAB para o planejamento de seu trabalho na equipe e 90.9% (40) utilizavam as informações do SIAB para o planejamento do trabalho da sua equipe (Tabela 2). Conforme estudo realizado em Franca, SP, em 2006, todos os membros da equipe reconheciam a importância da SIAB na organização do serviço, pois o mesmo trazia dados significativos que possibilitavam o direcionamento do processo de trabalho da equipe <sup>(2)</sup>.

Os dados do SIAB são discutidos com outros profissionais da equipe visando avaliar e planejar as ações da equipe por 97.7% (43) dos profissionais.

Entretanto 77.3% (34) profissionais consideram inadequado o retorno dos relatórios pela coordenação da ESF (Tabela 2).

Guedes em seu estudo realizado no município de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2006, refere que:

“...o retorno das informações obtidas utilizando os dados do SIAB para as equipes é falho e muitas vezes não é realizado. A falta de comunicação entre as equipes e o setor de informação do nível central é um fator importante para as falhas. A alimentação do sistema é feita nas unidades de saúde no nível da Atenção Básica, porém, o retorno dos dados é inexistente...”<sup>(14)</sup>.

A utilização do SIAB como instrumento do trabalho da equipe de saúde da família foi útil na identificação e avaliação das famílias, na construção de indicadores de saúde, na definição de prioridades, na organização do trabalho, na programação local e no direcionamento das visitas domiciliares <sup>(2)</sup>.

Quando perguntado aos profissionais da ESF se consideravam importante e adequado a utilização do SIAB no planejamento das ações e melhorias dos resultados do trabalho da equipe, 93.2% (41) dos profissionais consideravam importante e adequado sua utilização (Tabela 2).

Foi observado que, 86.4% (38) dos médicos e enfermeiros acreditavam que as informações do SIAB correspondiam à realidade do território em que trabalhavam, e apenas 13.6% (06) não acreditavam que as informações do SIAB correspondiam a essa realidade (Tabela 2).

**Tabela 2** – Utilização do SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros – 2007

Variável	Descrição	Médicos		Enfermeiros		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Utiliza as informações do SIAB para o planejamento do seu trabalho na equipe.	Sim	19	86.4	22	100	41	93.2	0,73
	Não	03	13.6	-	-	03	6.8	
Utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho da sua equipe	Sim	19	86.4	21	95.5	40	90.9	0.29
	Não	03	13.6	01	4.5	04	9.1	
Discute os dados do SIAB com outro profissional da equipe visando avaliar e planejar as ações da equipe.	Sim	21	95.5	22	100	43	97.7	0.31
	Não	01	4.5	-	-	01	2.3	
Considera adequado a freqüência que a equipe recebe relatórios da coordenação da ESF sobre a situação dos seus indicadores do SIAB	Sim	06	27.3	04	18.2	10	22.7	0.47
	Não	16	72.7	18	81.8	34	77.3	
Considera importante e adequado a utilização das informações do SIAB pelos profissionais da ESF no planejamento das ações e melhorias dos resultados do trabalho.	Sim	20	90.9	21	95.5	41	93.2	0.55
	Não	02	9.1	01	4.5	03	6.8	
Sente-se capacitado para monitorar as informações do SIAB.	Sim	19	86.4	22	100	41	93.2	0.07
	Não	03	13.6	-	-	03	6.8	
Acredita que as informações do SIAB correspondem à realidade do território em que trabalham.	Sim	19	86.4	19	86.4	38	86.4	1.0
	Não	03	13.6	03	13.6	06	13.6	
Valoriza como importante manter um sistema permanente de monitoramento do SIAB	Sim	22	100	22	100	44	100	

Fonte: Entrevista aplicada aos profissionais no período de junho/setembro 2008.

Quando indagados sobre a frequência em que monitoravam e utilizavam os dados do SIAB para o planejamento de suas ações no território em que trabalhavam, 63.6% (28) dos profissionais responderam monitorar e utilizar os dados do SIAB mais de 06 vezes ao ano e 9.1% dos profissionais responderam não utilizar os dados do SIAB para o planejamento o trabalho da sua equipe (Tabela 3). No estudo realizado em Ribeirão Preto, 2006, quando as enfermeiras eram questionadas sobre a finalidade e utilização das informações dos sistemas de informações existentes na sua equipe, elas reportavam que os sistemas de informações existentes auxiliavam as equipes a definirem seus grupos prioritários, através do diagnóstico local e a partir disso planejarem as ações que seriam implementadas nas equipes <sup>(14)</sup>.

**Tabela 3** – Frequência de utilização do SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros – 2007

Variável	Descrição	Frequência	
		n	%
Frequência de monitoramento e utilização dos dados do SIAB para o planejamento de suas ações no território em que trabalha.	1 vez ao ano	02	4.5
	2 vezes ao ano	04	9.1
	3 vezes ao ano	01	2.3
	4 vezes ao ano	01	2.3
	5 vezes ao ano	01	2.3
	6 vezes ao ano	03	6.8
	Mais de 6 vezes ao ano	28	63.6
	Não se aplica	04	9.1
Frequência que discute os dados do SIAB com outro profissional da equipe visando avaliar e planejar as ações da equipe.	1 vez ao ano	01	2.3
	2 vezes ao ano	01	2.3
	3 vezes ao ano	01	2.3
	4 vezes ao ano	02	4.5
	5 vezes ao ano	01	2.3
	6 vezes ao ano	06	13.6
	Mais de 6 vezes ao ano	31	70.5
	Não se aplica	01	2.3
Frequência que recebe relatórios da coordenação do ESF sobre os resultados de seu trabalho utilizando os indicadores do SIAB.	nenhuma vez	09	20.5
	1 vez ao ano	16	36.4
	2 vezes ao ano	09	20.5
	3 vezes ao ano	03	6.8
	4 vezes ao ano	-	-
	5 vezes ao ano	01	2.3
	6 vezes ao ano	01	2.3
	Mais de 6 vezes ao ano	05	11.4

Fonte: Entrevista aplicada aos profissionais no período de junho/setembro 2008.

**Conclusões:**

Os profissionais médicos e enfermeiros da ESF pesquisados, em sua maioria, são do sexo feminino; têm em média 34 anos; todos são pós-graduados em Saúde da Família; possuem treinamento sobre o SIAB, o utilizam como ferramenta de planejamento de suas ações individuais e das ações coletivas das equipes em que eles estão inseridos. Acreditam que o SIAB reflete a realidade do território onde trabalham, disseram sentir-se capacitados para realizar o monitoramento do mesmo e valorizam como sendo importante manter um sistema permanente de monitoramento do SIAB. Porém, os achados indicaram uma sub-utilização pelo gestor no que se refere as informações geradas pelo sistema na medida que tais informações estavam sendo pouco discutidas novamente com as equipes, com vistas a obtenção de melhorias da qualidade da assistência prestada.

O município de Montes Claros, conforme demonstrado neste estudo, conta com profissionais médicos e enfermeiros capacitados para o trabalho na ESF, porém, há um grande desafio pela frente, principalmente no que se refere à ampliação da cobertura da Saúde da Família no município, assim como a utilização das informações geradas pelas equipes como subsídio para a gestão, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas no cotidiano do trabalho das mesmas.

**Referências:**

1. Azevedo ALM, Barbosa MGMM, Santos JS. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. RBMFC. 2006;2(6). Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/3a80aac1/04\\_rbmfc\\_06\\_artigo\\_02.pdf](http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/3a80aac1/04_rbmfc_06_artigo_02.pdf). Acesso em: 03 dez. 2008.
2. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005;13(4):547-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf>. Acesso em: 15 de dez. 2008.
3. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saude Mater. Infant..2004;4(2):317-21.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica.Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Proposta de diretrizes e indicadores para o processo de reformulação do SIAB. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/proposta\\_de\\_aprimoramento\\_do\\_siab.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/proposta_de_aprimoramento_do_siab.pdf). Acesso em: 23 de Jul.07.
5. Branco MAF. Informação e tecnologia: Desafios para implantação de rede nacional de Informação em Saúde. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8 n.2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/05.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2008.
6. Mota E, Carvalho DM. Sistema de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. Epidemiologia e saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.p. 505-21.
7. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da atenção básica:construindo novas ferramentas para o SUS. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dez.2000.
8. Machado K. Secretários discutem gestão do SUS. Revista Radis Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n.1, p. 15-17, ago.2002. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis\\_01.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_01.pdf). Acesso em: 15 de dez. 2008.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 14 de Nov. 2008.

10. Machado MH Coord. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Vol.I-Brasil e grandes regiões.146p.
11. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública.2005; 21 (2). Disponível em:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000200015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 Dez. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200015.
12. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde.2006;15(3):7-18.
13. Rigobello JL. A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional da Saúde XVIII – Ribeirão Preto- SP. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-22092006-163043/>. Acesso em: 03 de Dez. 2008.
14. Guedes AAB. A informação na atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro. [tese]. São Paulo: Preto Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.2007.



## **5 Considerações Finais**

Embora o presente estudo não tenha feito uma abordagem qualitativa acerca da utilização do SIAB pelos profissionais médicos e enfermeiros da ESF acredita-se que neste momento tenha sido de grande importância a pesquisa quantitativa, sobretudo para descrever e diagnosticar o perfil dos profissionais e a utilização das informações do SIAB, pelos mesmos no município de Montes Claros. Visto que o SIAB é fonte importante de informações para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações que estão sendo desenvolvidas nas áreas de abrangências das equipes da ESF.

Os resultados deste estudo visam cooperar com o município para o fortalecimento do uso do SIAB como instrumento de planejamento em nível local, traçando estratégias conjuntas a partir da discussão dos relatórios gerados por este sistema de informação.

## 6 Referências

1. Azevedo ALM, Barbosa MGMM, Santos JS. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. RBMFC. 2006;2(6). Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/3a80aac1/04\\_rbmfc\\_06\\_artigo\\_02.pdf](http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/3a80aac1/04_rbmfc_06_artigo_02.pdf). Acesso em: 03 dez. 2008.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil - linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Brasília (DF); 2000a.
3. Branco MAF. Informação e Tecnologia: Desafios para implantação de Rede nacional de Informações em Saúde. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2,1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/05.pdf>. Acesso em: 15 dez 2008.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1998.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/arquivos/PT%20GM%20399%2022.02.2006.doc>. Acesso em: 18 de dez. 2008.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 17 de dez. 2008.

7. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.p.92.
8. Groisman S, Moraes NM, Chagas LD. A evolução da atenção à saúde no Brasil. O contexto da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Odontologia e Promoção da Saúde, Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, OPAS, de Cadernos da ABOPREV II. 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5517.pdf>. Acesso em: 17 de dez. 2008.
9. Mendes EV. Distrito Sanitário. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p.310, *apud* INSTITUTO DE SAÚDE. Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/livro/sismasus.pdf>. Acesso em: 15 de dez. 2008.
10. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services. Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001 *apud* INSTITUTO DE SAÚDE. Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/livro/sismasus.pdf>. Acesso em: 15 de dez. 2008.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

Acesso em: 16 de dez. 2008.

12. Instituto de Saúde. Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/livro/sismasus.pdf>. Acesso em: 15 de dez. 2008.
13. Ciconi RCV, Venâncio SI, Escuder MML. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana da São Paulo. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.4, n.2, p.193 - 202, abr./jun.,2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21006.pdf>. Acesso em: 17 de dez. 2008.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2008a Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 15 de dez. 2008.
15. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Gerência de Atenção Primária. **Informes da cobertura mensal da saúde da família do estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, nov., 2008 (mimeo).
16. RIGOBELLO, J.L. **A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional da Saúde XVIII – Ribeirão Preto- SP**. 2006.154p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-22092006-163043/>. Acesso em: 03 de Dez. 2008.

17. SILVA, C.S. **Medidas e avaliação em educação**. Petrópolis: Vozes, 1992. (Educação) *apud* WERNECK, V.R. Uma avaliação sobre a relação multiculturalismo e educação. **Ensaio: Avaliação e políticas públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 16, n.60, jul/set. 2008. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010440362008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010440362008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acesso em: 17 de dez. 2008.
18. GARCIA, R.C. Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental, IPEA, Brasília, 2001. Texto para Discussão Nº 776. **Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2001/td\\_776.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td_776.pdf). Acesso em: 17 de dez. 2008.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004.
20. STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.p.725.
21. MURRAY, C. JOLLEY, G. Initiative in primary health care: evaluation of a South Australian program. *Australian Health Review*, v.22, n.3, p.155-61,1999.
22. CONILL, E.M. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. ABRASCO, V.7, n.3, 2002. Disponível

- em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13022.pdf>. Acesso em: 15 de dez. 2008.
23. KOPPEL, A.; MEIESAAR, K.; VALTONEN, H.; MESA, A.; LEMBER, M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. **Social Science & Medicine**. Amsterdam. ELSEVIER. V.52, n.12, p.2461-6, 2003.
24. VILLALBI, J.R.; PASARIN, M.; MONTANER, I.; CABEZAS, C.; STARFIELD, B. Evaluation of primary health care. **Atencion Primaria**. 31(6): 382-5, 2003.
25. FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 2004.4(3): 317-321.
26. BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.401-12, 2002. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Atencao\\_basica\\_na\\_agenda\\_da\\_saude.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Atencao_basica_na_agenda_da_saude.pdf). Acesso em: 15 de dez. 2008.
27. BRASIL Chanel - Disponível em: [http://www.brasilchannel.com.br/municipios/mostrar\\_municipio.asp?nome=Montes%20Claros&uf=MG](http://www.brasilchannel.com.br/municipios/mostrar_municipio.asp?nome=Montes%20Claros&uf=MG). Acesso em: 15 de dez. 2008.
28. MONTES CLAROS. In: WIKIPÉDIA. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Montes\\_Claros](http://pt.wikipedia.org/wiki/Montes_Claros). Acesso em 15 de dez. 2008.
29. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008a. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 17 de dez. 2008.

30. MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família**, PROESF/DIESF, 2003.67p.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cnessnet**. Secretaria de Atenção a Saúde. DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2008b. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equip.es.asp?VEstado=31&VComp=](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp?VEstado=31&VComp=). Acesso em: 17 de dez. 2008.
32. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008b. **Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios**. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_Projecoes\\_Populacao/Estimativas\\_2008/](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2008/). Acesso em: 17 de dez. 2008.
33. DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G. O Internato do Curso da Medicina e o Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.27, n.1, jan/abr. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)099.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)099.pdf). Acesso em: 17 de dez. 2008.
34. KIRA, C.M.; MARTINS, M.A. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. **Medicina**, Ribeirão Preto, V.29, P.407-13, 1996. *apud* DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G. O Internato do Curso da Medicina e o Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.27, n.1, jan/abr. 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)099.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)099.pdf). Acesso em: 17 de dez. 2008.
35. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Programa Saúde da Família. **A Implantação da Unidade da Saúde da Família**. Brasília, 2000b. 44p. Cadernos de Atenção Básica.

36. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.625**, de 10 de julho de 2007. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: [http://www.conasems.org.br/files/PORTARIA\\_N1625.pdf](http://www.conasems.org.br/files/PORTARIA_N1625.pdf). Acesso em: 17 de janeiro de 2009.
37. PEDUZZI, M. **O enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000 *apud* GUEDES, A.A.B. **A informação na atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro**, 2007.194p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.
39. MARQUES, C.M.S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, Brasília, v.2, n.5, p. 17-27, 2002. *apud* GUEDES, A.A.B. **A informação na atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro**, 2007.194p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
40. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Informação para decisão de políticas de saúde. A saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.bra.ops-oms.org/informacao/temas.cfm?id=57&Area=Conceito>. Acesso em: 17 de dez. 2008.
41. ALVES, S.R. **Toxicologia forense e saúde pública: Desenvolvimento e avaliação de um sistema de informações como potencial ferramenta para a vigilância e monitoramento de agravos**



- decorrentes da utilização de substâncias químicas.** xix, 132p. Tese (Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ).2005. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/sinitox/inf\\_toxicologicas/tese\\_sergio.pdf](http://www.fiocruz.br/sinitox/inf_toxicologicas/tese_sergio.pdf). Acesso em: 15 de dez. 2008.
42. TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente:**um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001 *apud* CERCHIARI, G.S.F.; ERDMANN, R.H. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, Oct. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a06v42n5.pdf> . Acesso em: 15 de dez. 2008.
43. BRASIL. Ministério da Saúde, **DATASUS**, Departamento de Informática do SUS. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. 2008c. Disponível em: [http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369CD472E1FG148HIJd3L1M0N&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=472&VAba=0&VI=1](http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B369CD472E1FG148HIJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=472&VAba=0&VI=1). Acesso em: 17 de dez. 2008.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Departamento de Informática do SUS. 2008d. Disponível em:[http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B369CD472E1F369G148HIJd0L0M0N&VInclude=../site/din\\_sist.php&VMapa=1&VSis=1&VAba=0&VCoit=472](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B369CD472E1F369G148HIJd0L0M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VMapa=1&VSis=1&VAba=0&VCoit=472). Acesso em: 17 de dez. 2008.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Proposta de diretrizes e indicadores para o processo de reformulação do SIAB.** 2008e. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/proposta\\_de\\_aprimoramento\\_do\\_siab.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/proposta_de_aprimoramento_do_siab.pdf) Acesso em: 17 de dez. 2008.

## 7 Apêndice

**APENDICE A** - Questionário aplicado aos profissionais médicos e enfermeiros da ESF.

Título da pesquisa: **Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, Minas Gerais.**

***Importante: Nenhuma questão deverá ser deixada sem resposta.***

1. Questionário n.º \_\_\_\_\_
2. Entrevistador: \_\_\_\_\_
3. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
4. Equipe: \_\_\_\_\_
5. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
6. Profissão: (1) Enfermeiro (2) Médico
7. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
8. Ano de formatura: \_\_\_\_\_
9. Local de graduação: \_\_\_\_\_
10. Pós graduação em Saúde da Família: *podará ser marcado mais de uma quando houver.*
  - (1) não tem
  - (2) especialização
  - (3) residência

(4) título de especialista

11. Tempo de trabalho neste PSF. \_\_\_\_\_ meses.

12. Você já recebeu algum treinamento sobre o SIAB?

(1) Sim

(2) Não

13. Você utiliza as informações do SIAB para o planejamento do seu trabalho?

(1) Sim

(2) Não

14. Você utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho da sua equipe?

(1) Sim

(2) Não

***Monitorar: Acompanhar e avaliar. Controlar mediante monitoração.***

15. Quantas vezes ao ano você monitora e utiliza os dados do SIAB para o planejamento de suas ações no território onde você trabalha?

(1) Uma vez ao ano

(5) Cinco vezes ao ano

(2) Duas vezes ao ano

(6) Seis vezes ao ano

(3) Três vezes ao ano

(7) Mais de 6 vezes ao ano

(4) Quatro vezes ao ano

(8) Não se aplica

16. Você discute os dados do SIAB com outro profissional da equipe visando avaliar e planejar as ações da equipe?

(1) Sim

(2) Não

17. Com qual frequência você discute os dados do SIAB com outro profissional da equipe visando avaliar e planejar as ações da equipe?

(1) Uma vez ao ano

(5) Cinco vezes ao ano

(2) Duas vezes ao ano

(6) Seis vezes ao ano

(3) Três vezes ao ano

(7) Mais de 6 vezes ao ano

(4) Quatro vezes ao ano

(8) Não se aplica

18. Em sua opinião a equipe recebe relatórios da coordenação do PSF sobre a situação dos seus indicadores do SIAB com a frequência necessária?

(1) Sim

(2) Não

**19.** Qual a frequência que a coordenação do PSF emite relatório sobre os resultados de seu trabalho utilizando os indicadores do SIAB?

- |                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| (0) Nunca             | (4) Quatro vezes ao ano       |
| (1) Uma vez ao ano    | (5) Cinco vezes ao ano        |
| (2) Duas vezes ao ano | (6) Seis vezes ao ano         |
| (3) Três vezes ao ano | (7) Mais de seis vezes ao ano |

**20.** Você considera importante e adequado a utilização das informações do SIAB pelos profissionais do PSF (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar e agentes) no planejamento das ações e melhorias dos resultados de seu trabalho?

- |         |         |
|---------|---------|
| (1) Sim | (2) Não |
|---------|---------|

**21.** Você se sente capacitado para monitorar as informações do SIAB?

- |         |         |
|---------|---------|
| (1) Sim | (2) Não |
|---------|---------|

**22.** Você acredita que as informações do SIAB correspondem à realidade do território onde você trabalha?

- |         |         |
|---------|---------|
| (1) Sim | (2) Não |
|---------|---------|

**23.** Você valoriza como importante manter um sistema permanente de monitoramento do SIAB?

- |         |         |
|---------|---------|
| (1) Sim | (2) Não |
|---------|---------|

## 8 Anexo

### ANEXO A

#### **Consentimento Livre e Esclarecido** **para participação em pesquisa**

**Título da pesquisa:** Monitoramento dos resultados dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: uma estratégia de avaliação do Saúde da Família – ESF - em Montes Claros/MG.

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros Unimontes

**Coordenador:** João Felício Rodrigues Neto

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo. A todo momento sinta-se a vontade para fazer qualquer observação em relação às perguntas.

1. **Objetivo:** Verificar se existe associação entre o monitoramento dos indicadores do SIAB pelo médico e enfermeiro das equipes do PSF e os seus resultados.
2. **Metodologia/procedimentos:** Entrevista com questionário
3. **Justificativa:** Avaliar o grau de utilização dos indicadores do SIAB pelos médicos e enfermeiros da ESF e a sua associação com melhores resultados dos mesmos.
4. **Benefícios:** Colaborar com a gestão em uma proposta de monitoramento dos indicadores do SIAB.
5. **Desconfortos e riscos:** Não apresentará nenhuma forma de desconforto ou riscos aos participantes.

6. **Danos:** Não apresentará nenhum dano aos participantes.
7. **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Será realizada uma entrevista com questionário estruturado.
8. **Confidencialidade das informações:** Em momento algum será citado nome ou qualquer outra informação que possam estar identificando os participantes.
9. **Compensação/indenização:** A compensação será o alcance dos objetivos anteriormente expostos e não haverá indenizações uma vez que a pesquisa não apresenta nenhum desconforto, riscos ou danos aos participantes.
10. Outras informações pertinentes
11. **Consentimento:**

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário.

_____	_____	___/___/___
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	___/___/___
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	___/___/___
Coordenador da pesquisa	Coordenador da pesquisa	Data

## ANEXO B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
COMITÊ DE ÉTICA



**PARECER CONSUBSTANCIADO**

Montes Claros, 25 de março de 2008.

Processo N. ° 980/08.

Título do Projeto: **MONITORAMENTO DOS RESULTADOS DOS INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB: UMA ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF – EM MONTES CLAROS/MG.**

Coordenador: Prof. Leandro dias de Godoy Maia.

Relatora: Profa. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes.

**Histórico**

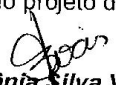
O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição Federal de 1988, tem ao longo dos anos recebido várias regulamentações através de leis e normas operacionais. A estratégia saúde da família tem alcançado um importante avanço no que se refere ao acesso aos serviços de saúde por parte da população, por meio da crescente expansão no número de equipes e de famílias assistidas. Desta forma, uma quantidade significativa de dados vem sendo produzidos no cotidiano do trabalho dessas equipes. O papel da informação como ferramenta para a avaliação, o monitoramento e o planejamento do conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde tem sido referidas por diversos autores, a despeito de sua baixa valorização e utilização por parte de gestores, profissionais e menos ainda pelos usuários.

**Mérito**

Este projeto de pesquisa tem por objetivo verificar se existe associação entre o monitoramento dos indicadores do SIAB pelo médico e enfermeiro das equipes do PSF e os seus resultados. Trata-se de um estudo do tipo transversal e descritivo. A pesquisa não apresenta danos e nem riscos aos envolvidos.

**Parecer**

A presidência do Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 980, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.

  
**Prof. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

