

MONIQUE HAENSCKE SENNA

**O USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA PELOS ENFERMEIROS NO PLANEJAMENTO
LOCAL EM SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Regina de Andrade

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Senna, Monique Haenske

O uso do Sistema de Informação da Atenção Básica pelos
enfermeiros no planejamento local em saúde / Monique
Haenske Senna ; orientadora, Selma Regina de Andrade -
Florianópolis, SC, 2013.
152 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da
Família. 4. Indicadores Básicos de Saúde. 5. Planejamento
em saúde. I. Regina de Andrade, Selma. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

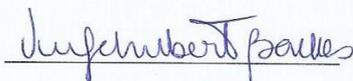
MONIQUE HAENSCKE SENNA

**O USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA PELOS ENFERMEIROS NO PLANEJAMENTO
LOCAL EM SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

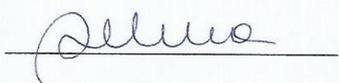
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 18 de outubro de 2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade



Prof. Dra. Vania Marli Schubert Backes
Coordenadora

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Selma R. de Andrade
Presidente



Prof. Dra. Betina H. S. Meirelles
Membro



Prof. Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro



Dra. Selma Loch
Membro

AGRADECIMENTOS

Este é um momento muito especial, no qual gostaria de agradecer algumas pessoas que sempre estiveram ao meu lado, pois sem sua ajuda e carinho, não poderia alcançar este sonho.

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus**, que sempre esteve ao meu lado, guiando meus pensamentos e renovando minha fé.

Agradeço os meus pais **Ademar** e **Ediléia**, e minha irmã **Thamiris**, pelo amor e carinho incondicional. Sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me e iluminando meu caminho. São mais do que minha família, são amigos que recebi como presente em minha vida!

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. **Selma Regina de Andrade**, um agradecimento carinhoso por todos os momentos de aprendizagem, confiança e compreensão. Seus ensinamentos farão parte da minha vida. Muito obrigada por acreditar em mim!

À Prof^a. Dr^a. **Alacoque Lorenzini Erdmann**, seu incentivo oportunizou meu ingresso no mundo acadêmico. Obrigada pelas valiosas oportunidades de aprendizado, consolidando minha transformação nesta trajetória!

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo acolhimento como mestranda e por possibilitarem o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores do **PEN/UFSC**, pelo conhecimento e experiência compartilhados no decorrer do mestrado.

Aos profissionais da **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**, em especial a **Francisca Daussy**, **Edenice R. Silveira**, **Leandro P. Garcia**, **Daniela B. Calderon** e **Isabela A. B. Lucktenberg** por estarem sempre dispostos a me ajudar e colaborar para o desenvolvimento deste estudo.

Aos **participantes do estudo**, por me receberem e contribuírem com minha pesquisa.

Às professoras Prof^a. Dr^a. **Betina H. Schlindwein Meirelles** e **Astrid Eggert Boehs**, Dr^a. **Selma Loch** e o Doutorando **José Luís Guedes dos Santos**, membros da Banca de Qualificação e Banca Examinadora, meu profundo agradecimento por terem aceitado o convite e disponibilizado seu tempo para contribuir no aperfeiçoamento do meu trabalho.

Aos integrantes do **Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)**, Doutorandas **Giovana D. Callegaro Higashi** e **Patrícia Klock**, Mestrandas **Janara Caroline Ribeiro** e **Cintia Koerich**, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo. Em especial, à **Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni** e **Aline Lima Pestana**, pela amizade, carinho e ensinamentos desde meu ingresso no grupo de pesquisa. Vocês são pessoas especiais. Nunca esquecerei a ajuda de vocês!

À **turma do Mestrado Acadêmico 2012**, em especial às amigas **Adriana Eich Kuhnen**, **Ana Maria Fernandes Borges**, **Daiany Pianezzer de Souza** e **Livia Crespo Drago**. Também às Doutorandas **Mariely Bernardi**, **Veridiana T. Costa** e a Mestranda **Larissa P. Marques** pela convivência, amizade, carinho e companheirismo. Essa caminhada foi mais prazerosa com a companhia de vocês!

Às **professoras, colegas e alunos da 3ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC**, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo. Agradeço por me acolherem e proporcionarem tantos momentos de aprendizagem, contribuindo com a minha formação. Em especial, à Mestranda **Silvia Ferrazzo**, minha amiga e parceira de tantos momentos!

Aos **funcionários do PEN/UFSC**, em especial à **Rafaella R. Cespedes**, pela atenção e disposição para ajudar. Sempre nos atendendo com muito carinho, dedicação e competência.

E a todos aqueles que torceram por mim e, de algum modo, contribuíram para a realização deste estudo. Muito obrigada!

SENNA, Monique Haenske. **O uso do Sistema de Informação da Atenção Básica pelos enfermeiros no planejamento local em saúde.** 152 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Regina de Andrade

RESUMO

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) produz e utiliza informações sobre as necessidades da comunidade e participa do processo de programação e planejamento local das ações relativas à resolução dos problemas identificados. Uma das principais ferramentas para levantamento de dados na ESF é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma fonte de dados para a realização do diagnóstico de saúde da área de abrangência. Coletar os dados, produzir informações e gerar conhecimento, tornam-se ações fundamentais para o processo de tomada de decisão referente aos problemas identificados pela equipe da ESF. Considerando que a compreensão sobre o processo de transformação do dado em informação é condição essencial para o planejamento em saúde, o uso de indicadores de saúde é fundamental no planejamento das ações locais em saúde, e que as equipes que apresentam melhor avaliação de desempenho na atenção básica utilizam melhor os recursos de planejamento. Este estudo objetivou compreender a utilização dos indicadores de saúde do SIAB, pelos enfermeiros da ESF, no planejamento das ações locais em saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando o método de estudo de casos múltiplos. A coleta de dados ocorreu entre maio e agosto de 2013, participando deste estudo oito enfermeiros das equipes com desempenho ótimo no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os critérios de inclusão adotados foram: Equipes da ESF que receberam desempenho ótimo, segundo a avaliação do PMAQ; Equipes da ESF que atenderam os indicadores selecionados do banco de dados do SIAB no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012; Equipes da ESF que possuísem informações 100% completas no banco do SIAB em todos os meses do recorte temporal. A fim de

coletar os dados, optou-se pelas técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, entrevista semiestruturada e observação não-participante. Os dados foram analisados com o auxílio do software NVIVO8®. Para seu desenvolvimento, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o nº 146.152. Os resultados deram origem a sete categorias, sendo dispostos em dois artigos, segundo a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de Junho de 2011. No primeiro artigo, buscou-se analisar a utilização dos indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde na visão dos enfermeiros. Os resultados são apresentados em três categorias: a) Indicadores de saúde utilizados na ESF; b) Informação em saúde e; c) Críticas ao SIAB. No segundo artigo, abordou-se a visão do enfermeiro sobre o planejamento das ações locais em saúde. Os resultados são apresentados em quatro categorias: d) Planejamento em saúde; e) Trabalho em grupo; f) O PMAQ e a sua influência no planejamento da equipe de saúde e; g) Vínculo com a comunidade. Conclui-se que os enfermeiros das equipes que receberam desempenho ótimo no PMAQ utilizam os indicadores do SIAB no dia a dia da ESF. Eles apontam o SIAB como uma importante ferramenta de gestão. A equipe, entretanto, utiliza outras fontes de dados para complementar as informações em saúde. Para eles, o SIAB é restrito e limitado, pois necessita ampliar as informações referentes aos indicadores de saúde e tornar o instrumento regionalizado para melhor atender à comunidade. O planejamento das ações é realizado principalmente nas reuniões semanais e mensais, onde os profissionais da equipe da ESF se encontram para discutir e programar ações em saúde. A união da equipe e o vínculo com a comunidade são aspectos fundamentais para melhoria do atendimento à comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Indicadores Básicos de Saúde; Planejamento em saúde; Gestão em saúde; Enfermagem.

SENNA, Monique Haenske. **The use of the Information System of Primary Care by nurses at the local health planning.** 152 p. Dissertation. (Masters in Nursing). Programme of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Prof^ª. Dr^ª. Selma Regina de Andrade

ABSTRACT

The team of the Family Health Strategy (FHS) produces and uses information about the needs of the community and participates in the process of local programming and planning of actions related to the resolution of the identified problems. One of the main tools for the collection of data in the FHS is the Information System of Primary Care (ISPC), a data source for making the diagnosis of health range. They collect data, produce information and create knowledge, became into key actions for the process of decision making related to the identified problems by the FHS team. Whereas the understanding of the process of transforming data into information is essential for planning local actions in health status and the teams that have better performance assessment in primary care use better the resources of that planning. This study is aimed at understanding the use of the health indicators of the ISPC by nurses of the FHS, in the planning of local health actions. This is a qualitative research that used the method of multiple case study. The data collection was performed between may and august 2013, the participants of this study were eight nurses from the teams with excellent performance according the National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PIAQ). The inclusion criteria that was adopted was: FHS Team who received an excellent rating by the PIAQ; FHS Team who attended the selected indicators databank of ISPC in the period of January 2010 to December 2012; FSH Team who had 100% complete information on the data bank of ISPC in every month. In order to collect the data we chose the bibliographic research and documental research, semi-structured interviews and non-participant observation. The data was analyzed with the help of the software NVIVO8®. We received the approval of the Ethics Committee in Research of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) according

to No. 146,152. The results risen seven categories, being presented in two papers, according to the Normative Instruction 10/PEN/2011 of June 15, 2011. In the first article, we sought to analyze the use of health indicators of the ISPC in planning local health actions according to nurses. The results are presented in three categories: a) Health indicators used in the FHS; b) Health information e; c) Critics to the ISPC. In the second article we analyze the vision of nurses about the planning of local health actions. The results are presented in four categories: d) Planning in health; e) Team work; f) The PIAQ and its influence on the planning of the team health e; g) Bonding with the community. It is concluded that nurses who belong to teams with excellent performance in the indicators of the PIAQ, used every day the ISPC data. They point to the ISPC as an important management tool. The team, on the other hand, uses other data sources to complement the information in health, because for them, the ISPC is restricted and limited, as it needs to expand the information related to health indicators and turn the instrument regionalized to better serve the community. The planning of actions is performed mainly on the weekly and monthly meetings, where professionals of the FHS team meet to discuss and plan the health actions. Team connection and bond with the community are fundamental to improve the attendance to the community.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Basic Health Indicators; Health Planning; Health Management; Nursing.

SENNA, Monique Haenske. **El uso del Sistema de Información por los enfermeros de Atención Primaria en el planeamiento local en salud.** 152 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería de la Universidad de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Regina de Andrade

RESUMEN

El equipo de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) produce y utiliza informaciones sobre las necesidades de la comunidad y participa del proceso de programación y planeamiento local de las acciones relacionadas a la resolución de los problemas identificados. Una de las principales herramientas para el levantamiento de datos en la ESF es el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), una fuente de datos para la realización del diagnóstico de salud del área de alcance. Recolectar los datos, producir informaciones y generar conocimiento, se convirtieron en acciones fundamentales para el proceso de toma de decisiones relacionadas con los problemas identificados por el equipo de la ESF. Considerando que la comprensión sobre el proceso de transformación del dato en información es una condición esencial para el planeamiento de las acciones locales en salud y que los equipos que presentan mejor evaluación del desempeño en la atención básica utilizan los recursos de planeamiento. Este estudio objetivó comprender la utilización de los indicadores de salud del SIAB por los enfermeros de la ESF, en el planeamiento de las acciones locales en salud. Se trata de una investigación con abordaje cualitativa que utilizó el método de estudio de casos múltiples. La recolección de la información se dio entre mayo y agosto del 2013, participando de este estudio ocho enfermeros de los equipos con excelente desempeño en el Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria (PMAC). Los criterios de inclusión adoptados fueron: Equipos de la ESF que recibieron una calificación excelente según la evaluación del PMAC; Equipos de la ESF que atendieron los indicadores seleccionados del banco de datos del SIAB en el período de enero de 2010 a diciembre de 2012; Equipos de la ESF que tenían informaciones 100% completas en el banco del SIAB en todos los meses del recorte temporal. Con la

finalidad de recolectar los datos se optó por la técnica de investigación bibliográfica y documental, entrevista semi-estructurada y observación no participante. Los datos fueron analizados con el auxilio del software NVIVO8®. Para su desarrollo se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) según el parecer N° 146.152. Los resultados dieron origen a siete categorías, siendo presentadas en dos artículos, según la Instrucción Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junio de 2011. En el primer artículo, se buscó analizar la utilización de los indicadores de salud del SIAB en el planeamiento de las acciones locales en salud en la visión de los enfermeros. Los resultados son presentados en tres categorías: a) Indicadores de salud utilizados en la ESF; b) Información en salud e; c) Críticas al SIAB. En el segundo manuscrito se abordó la visión del enfermero sobre el planeamiento de las acciones locales en salud. Los resultados son presentados en cuatro categorías: d) Planeamiento en salud; e) Trabajo en grupo; f) El PMAC y su influencia en el planeamiento del equipo de salud e; g) Vínculo con la comunidad. Se concluye que los enfermeros de los equipos que recibieron desempeño excelente en el PMAC utilizan los indicadores del SIAB diariamente. Ellos apuntan al SIAB como una herramienta importante en la gestión. El equipo, por otro lado utiliza otras fuentes de datos para complementar las informaciones en salud. Para ellos, el SIAB es restricto y limitado, pues necesita ampliar las informaciones relacionadas a los indicadores de salud y tornar el instrumento regionalizado para atender mejor a la comunidad. El planeamiento de las acciones es realizado principalmente en las reuniones semanales y mensuales, donde los profesionales del equipo de la ESF se encuentran para discutir y programar acciones en salud. La unión del equipo y el vínculo con la comunidad son aspectos fundamentales para mejorar el atendimento a la comunidad.

Palabras clave: Atención Primaria; Salud de la Familia; Indicadores Básicos de Salud; Planeamiento en Salud; Gestión en Salud; Enfermería.

LISTA DE SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AMAQ	AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
CENDES-OPS	CENTRO DE ESTUDOS DO DESENVOLVIMENTO DA ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CS	CENTRO DE SAÚDE
DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GEPADES	GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PES	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL
PLANEJASUS	SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS
PMAQ-AB	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
SC	SANTA CATARINA
SIA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SIH	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SINASC	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS
SIPACS	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SIS	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

SMS
SUS
TI
UFSC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
3.2 O USO DOS INDICADORES DE SAÚDE DO SIAB NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES LOCAIS EM SAÚDE	27
3.2.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS).....	27
3.2.2 INDICADORES DE SAÚDE	29
3.2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)	30
3.2.4 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	34
3.3 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE E ENFERMAGEM	38
3.3.1 CORRENTES TEÓRICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE	38
3.3.2 O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM	42
3.4 GESTÃO DO CONHECIMENTO	45
4 MÉTODO	53
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	53
4.2 LOCAL DE ESTUDO	54
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	55
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	56
4.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	58
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	59
5 RESULTADOS	61
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	61
5.2 SÍNTESE CRUZADA DOS CASOS	62

5.3 MANUSCRITO 1: O SIAB NO COTIDIANO DAS ATIVIDADES DA ESF: A VISÃO DOS ENFERMEIROS	67
5.4 MANUSCRITO 2: PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE NA ESF: A VISÃO DOS ENFERMEIROS	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	127
APÊNDICE A - PROTOCOLO ESTUDO DE CASO	129
APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	139
APÊNDICE C - ROTEIRO OBSERVAÇÃO NÃO-PARTICIPANTE	143
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	145
ANEXOS	147
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	149

1 INTRODUÇÃO

Como uma estratégia de reformular o modelo de atenção à saúde vigente no País anteriormente, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) compartilhando os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS). Esse novo modelo de atenção primária, centralizado na saúde da família, passou a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2006 com a finalidade de promover novas tecnologias de abordagem do processo saúde-doença. A família constitui o núcleo central da atenção dos profissionais de saúde, considerada em suas necessidades e no contexto em que vive (BRASIL, 2011; BACKES et al., 2012; ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

A ESF foi adotada como um modelo de reorientação assistencial à saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Centros de Saúde (CS). Segundo recomendações do MS, a equipe mínima da ESF é composta pelo médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). A incorporação de outros profissionais ocorre de acordo com a demanda e as necessidades da comunidade. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; BRASIL, 2011).

A ESF tem como princípio atuar de forma integral e contínua, por meio das equipes multiprofissionais de saúde, que promovem e desenvolvem o atendimento no CS, nos domicílios e na própria comunidade. Os eixos dessa estratégia sustentam-se, portanto, no estabelecimento de um vínculo entre usuários e profissionais de saúde. Em relação à atuação da ESF, destacam-se as ações com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, educação em saúde e mobilização comunitária para uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011; ADDUM et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Do ponto de vista gerencial, a equipe da ESF produz e utiliza informações sobre as disponibilidades e necessidades da comunidade e participa do processo de programação e planejamento local das ações relativas à resolução dos problemas identificados. Sendo assim, a ESF trabalha junto a uma população adscrita, realizando as visitas

domiciliares, o cadastramento dos usuários e o acompanhamento das famílias, coletando dados e informações relevantes para subsidiar o planejamento das ações no CS (BRASIL, 2011; 2003; ADDUM et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

No SUS, os dados são armazenados em bancos que permitem reunir informações referentes à população atendida, os chamados Sistemas de Informação em Saúde (SIS). O propósito é selecionar dados e transformá-los na informação necessária para conhecimento da equipe de saúde e, posteriormente, para o processo decisório (THAINES et al., 2009; RADIGONDA et al., 2010). A finalidade dos SIS remete à expressão clássica de informação para a ação. Após a coleta, processamento e análise de dados, a equipe da ESF analisa e define as medidas a serem adotadas para as situações que necessitam intervenção. Quanto mais próximo da realidade das famílias, mais oportuna e eficaz será a intervenção das ações em saúde (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para organizar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para o planejamento das ações em saúde. Se forem gerados de forma regular e gerenciados em um sistema dinâmico entre os serviços de saúde, os indicadores constituem ferramenta fundamental para a avaliação da situação de saúde da população em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito evidenciar a situação sanitária da comunidade. Estas informações devem servir como base para determinar prioridades a serem trabalhadas, identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, como também apontar áreas críticas que necessitam de atendimento (BRASIL, 2008; SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

Uma das principais ferramentas para levantamento de dados da atenção básica de saúde no Brasil é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado em 1998 pelo MS. Este SIS tem o propósito de subsidiar com informações as três esferas administrativas do SUS, bem como organizar os serviços de saúde na atenção primária, pois traz dados significativos que possibilitam o direcionamento do processo de trabalho em equipe. Foi desenvolvido com a finalidade de monitorar as famílias e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe da ESF. Permite agregar e processar os dados advindos das visitas domiciliares, bem

como do atendimento médico, odontológico e de enfermagem realizado no CS e nos domicílios. O SIAB representa uma fonte de dados de grande valor para a ESF na realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, subsidiando o planejamento e a avaliação de ações em saúde (ADDUM et al., 2011; SILVA; LAPREGA, 2005; MAIA et al., 2010; BITTAR et al., 2009).

O planejamento é um processo utilizado na administração das organizações públicas e privadas. Na área da saúde, constitui-se uma ferramenta de gestão exigindo um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e organizacionais necessários para programar estratégias e alcançar objetivos. Permite melhorar o desempenho e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento de das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2009; 2010; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O domínio sobre a prática administrativa proporciona suporte para identificar os problemas e planejar estratégias de ação. Planejar é um processo que depende do conhecimento sobre a situação de um sistema para definir aonde se quer chegar. Quando visto como um instrumento, contribui para a racionalização das ações no setor de saúde, realizado por profissionais diferenciados e orientado por um propósito de melhorar a situação de saúde da comunidade. O planejamento na atenção básica, portanto, depende de dados reais e bons diagnósticos da situação de saúde da população. Coletar os dados, produzir informações e gerar conhecimento, tornam-se ações fundamentais para o processo de tomada de decisão referente aos problemas identificados pela equipe da ESF (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998; KAWATA et al., 2009; PINHEIRO, 2009; BITTAR et al., 2009; GERHARDT et al., 2011).

Apesar da importância dos dados do SIAB, estudos alertam que os dados coletados junto à comunidade são pouco utilizados no planejamento das ações nos CS, resultando em uma tomada de decisão sem o devido conhecimento da situação de saúde da população. O processo de planejamento depende de um conjunto de informações adequadas que orientam a equipe da ESF na proposição e desenvolvimento de um plano de ações coerentes e ajustadas às necessidades da comunidade. Para tanto, é necessário dispor de dados fidedignos em relação à situação de saúde. Pesquisas dessa natureza

evidenciam a importância de obter e produzir dados válidos para a consolidação dos indicadores de saúde e, por consequência, para a estruturação de um plano de ação eficaz. A obtenção e produção de dados válidos tornam-se possíveis a partir de um acompanhamento contínuo e sistemático tanto da coleta, quanto processamento das informações (THAINES et al., 2009; SILVA; LAPREGA, 2005; MAIA et al., 2010).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) consiste em uma estratégia de gestão do SUS. O principal objetivo do PMAQ é ampliar o acesso e melhorar o cuidado prestado à comunidade, garantindo um padrão de qualidade que possa ser comparado entre municípios e em nível nacional. Este programa visa a fortalecer a atenção básica por meio de diretrizes que compreendem o aprimoramento do trabalho em saúde, a valorização do profissional, a transparência no monitoramento dos serviços, a participação social, o compromisso na gestão de recursos com base nas metas pactuadas, etc. Entre as inovações do PMAQ, está o uso de indicadores de desempenho das equipes e indicadores de monitoramento dos serviços por elas prestados, repasse financeiro imediato após a contratualização e o agrupamento de municípios que aderirem ao programa. Essa ação requer a participação de todos os profissionais da equipe de saúde na busca pelo desempenho de qualidade para alcançar uma classificação de excelência (BRASIL, 2011a; 2012; SAVASSI, 2012).

A Gestão do Conhecimento pode ser entendida como a criação e disseminação do conhecimento na instituição. Essa prática faz uso de um conjunto de técnicas e ferramentas que exige a atuação coletiva de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho. O propósito é criar e disseminar o conhecimento entre os indivíduos e programar estratégias de ação visando atingir a melhoria do serviço e objetivos apontados. A base da organização do conhecimento é a administração das informações, possibilitando a criação de significados, construção do conhecimento e a tomada de decisões (ALMEIDA; FREITAS; SOUZA, 2011; CÂNDIDO; ARAÚJO, 2003; DUARTE, 2007; CHOO, 2003).

Nos últimos anos, a enfermagem tem-se destacado na gestão dos serviços de saúde na atenção básica, colaborando na coordenação dos CS em diversos municípios. Além da prática assistencial, o enfermeiro realiza também atividades educativas e gerenciais, o que faz com que este profissional desenvolva habilidades da área administrativa. Embora todo o processo de planejamento local de saúde deva ser realizado pela

equipe multiprofissional, conhecer o desenvolvimento de atividades de planejamento e gestão realizada por enfermeiros pode ser um primeiro passo para localizar lacunas, tanto em relação ao uso de indicadores, quanto na aceitação e compromisso profissional com esta área da gestão. Nesse sentido, destaca-se o recorte deste estudo para a compreensão do processo de planejamento das ações pela equipe da ESF, a partir da perspectiva dos enfermeiros; que trabalham, diariamente, com a gestão da assistência e a organização dos serviços de saúde.

Adotando-se os pressupostos que: 1) a compreensão sobre o processo de transformação do dado em informação é condição essencial para o planejamento em saúde fundamentado em dados reais e atualizados; 2) o uso de indicadores de saúde é fundamental no planejamento das ações locais em saúde e; 3) que as equipes que apresentam melhor avaliação de desempenho na atenção básica utilizam melhor os recursos de planejamento, questiona-se: *Como os enfermeiros que atuam na ESF utilizam os indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a utilização dos indicadores de saúde do SIAB, pelos enfermeiros da ESF, no planejamento das ações locais em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a utilização dos indicadores de saúde do SIAB pelos enfermeiros da ESF no planejamento das ações locais em saúde, considerando as equipes com melhor classificação de desempenho da atenção básica no município de Florianópolis.
- Descrever e analisar o processo de planejamento das ações locais em saúde, segundo os enfermeiros atuantes em ESF com desempenho ótimo no PMAQ.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O SUS é o arranjo organizacional que conforma os serviços de saúde no Brasil, constituído pela conjugação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem suas ações prestadas por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, e ainda os serviços privados de saúde, de forma complementar, quando necessário (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). O SUS está organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Orienta-se pelos princípios da universalidade de acesso, igualdade da assistência à saúde (equidade), capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, dentre outros. Objetiva a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação de políticas de saúde e assistência à população (BRASIL, 1990; 2011).

Com o objetivo de consolidar o modelo de atenção à saúde proposto, o SUS adotou em 1994 o PSF. Esse programa foi reformulado em 1998, sendo conhecido hoje como ESF. Implementado nos municípios, a ESF prioriza o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família nos diferentes momentos do ciclo de vida. A ESF possui como princípio atuar de forma integral e contínua, por meio das equipes multiprofissionais de saúde, as quais promovem e desenvolvem o atendimento no CS, nos domicílios e na própria comunidade (BRASIL, 2011; SILVA et al., 2012; SANTOS; FRACOLLI, 2010).

Pertencente ao nível de atenção primária, a ESF, tem como base a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Dentre os fundamentos da PNAB, destaca-se a realização da avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas equipes de saúde, como parte do processo de planejamento e programação da ESF (BRASIL, 2011; PRUNER-MARQUES; CORRÊA, 2012).

A ESF elege como bases operacionais o caráter substitutivo de práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho

caracterizado pelo trabalho multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde. Busca ampliar a compreensão de uma abordagem centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real com a contribuição de diversos olhares e saberes que se complementam na prática profissional e na busca pela saúde da população. Este modelo de atenção à saúde permite uma maior inclusão social, política e econômica à comunidade (BACKES et al., 2012; ROSENSTOCK; NEVES, 2010; ERMEL; FRACOLLI, 2006). Essa estratégia, focada na atenção primária, desenvolve uma maior aproximação aos usuários, buscando um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades de saúde da população. Seus princípios e diretrizes coordenam um modelo de atenção baseado na universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, regionalização, hierarquização e participação popular (COSTA; MIRANDA, 2008).

Na atenção à saúde, é importante conhecer as características da população onde se atua e os determinantes do processo saúde-doença, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade. Para um aprofundamento sobre as necessidades da comunidade é preciso que a equipe de saúde desenvolva um vínculo com a população adscrita, favorecendo a troca de informações sobre a saúde individual e familiar. Essa interação gera uma proximidade entre as partes, contribuindo para as ações que serão planejadas e executadas no processo de trabalho em saúde. Esse modelo de atenção busca o desenvolvendo de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (ADDUM et al., 2011; RADIGONDA et al., 2010; ERMEL; FRACOLLI, 2006; BARBOSA; FORSTER, 2010).

A ESF conta com mecanismos de registro das informações coletadas sobre a saúde da comunidade que propiciam elementos para análise da situação encontrada, em que o objetivo é auxiliar o planejamento das ações de saúde (ADDUM et al., 2011; THAINES et al., 2009). Essas informações quando interpretadas, geram conhecimento da situação sanitária, subsidiando as ações da equipe, bem como o planejamento local (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010). A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos é condição essencial para a tomada de decisões baseadas em evidências (BRASIL, 2008).

3.2 O USO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES LOCAIS EM SAÚDE

3.2.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS)

A informação constitui-se em apoio básico para o planejamento das ações de saúde. Um SIS pode ser definido como um sistema que armazena, processa e fornece dados necessários para apoiar a tomada de decisão e gerenciamento dos serviços e ações planejadas pela equipe (CIAMPONE; MELLEIRO, 2010). Os SIS, contudo, são apenas dados numéricos e não a informação propriamente dita. Sua configuração não permite a apreensão da realidade de cada município e de cada unidade de saúde, de modo a expressar o que, realmente, ocorre nesses espaços e na vida da população. Os dados precisam ser transformados em informação e conhecimento (THAINES et al., 2009).

Thaines et al. (2009) ressaltam a diferença entre os conceitos de dados e informações, principalmente quando referente à saúde, visto que são direcionadores de políticas de ação nesse setor. O dado pode ser definido como uma sequência de símbolos quantificáveis representando na forma numérica à realidade em questão, porém, por si só, não traduzem a realidade da situação. Para que o dado faça sentido e expresse algo, é preciso que ele seja interpretado e analisado. Sendo assim, o dado pode ser considerado como uma descrição limitada, enquanto que a informação caracteriza-se como uma descrição mais ampliada baseada em um referencial explicativo.

O dado não pode ser considerado parte de uma informação, mas sim, de sua representação, que será interpretada e terá sentido de acordo com quem a interprete. Já o conhecimento será obtido pela interpretação, avaliação e integração de vários dados e informações para iniciar a construção de um quadro de situação. Imprescindível à competência do gestor e profissionais, para essa análise da representação real (THAINES et al., 2009).

Com a consolidação da implantação do SUS, houve a necessidade de criar SIS, que fossem capazes de acompanhar a produção de dados e que possibilitassem a realização de avaliações periódicas da situação de saúde no país, ou seja, sistemas de informação que acompanhassem a lógica do acompanhamento integral pregada pelo novo sistema de

saúde. (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011; THAINES et al., 2009; SILVA; LAPREGA, 2005).

Existem diversos SIS no SUS, eles abrangem atendimentos ambulatoriais e hospitalares, de estatísticas vitais, de vigilância epidemiológica e sanitária. Dentre esses, existem os grandes SIS nacionais, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o SIAB, entre outros que são considerados elementos importantes para ações de controle, monitoramento e avaliação da atenção à saúde (THAINES et al., 2009).

As informações obtidas através dos SIS proporcionam suporte para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica e epidemiológica da população atendida pela ESF. Os SIS têm como uma de suas finalidades orientar o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas na comunidade. Pode-se dizer que, não é possível exercer gerência se não houver um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação. A informação em saúde constitui-se uma ferramenta amplamente utilizada no cotidiano da atenção primária, fazendo parte de um processo de identificar problemas, buscar alternativas para solucioná-los, bem como cumprir as ações programadas (CARVALHO; EDUARDO, 1998; JESUS et al., 2012).

A equipe de saúde da ESF é fundamental no controle e abastecimento de dados dos SIS, pois são responsáveis pela produção, organização e coordenação das informações em saúde. Essas informações, quando bem consolidadas, permitem a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas (SILVA; LAPREGA, 2005; BARBOSA; FORSTER, 2010). Se utilizados corretamente, os SIS possibilitam detectar desigualdades, localizar problemas sanitários, realizar intervenções, produzir indicadores e consolidar as informações progressivamente (MAIA et al., 2010). Esse modelo assistencial, baseado na organização da rede de serviços regionalizada e hierarquizada, demanda a existência de SIS capazes de alimentar o planejamento e a gestão locais (GERHARDT et al., 2011).

3.2.2 INDICADORES DE SAÚDE

A disponibilidade de informação com referencial em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação em saúde. Assim como a tomada de decisões baseada em evidências efetivas para a programação de ações em saúde compatíveis com a realidade da população (BRASIL, 2008).

As medidas do estado de saúde da população tiveram início com o registro sistemático de dados de mortalidade e sobrevivência. Com a transição epidemiológica, avanços no controle de doenças e melhor compreensão do conceito de saúde, outras dimensões no setor da saúde passaram a ser analisadas, tais como qualidade da atenção, fatores ambientais, acesso a serviços, dentre outras. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação dessas informações. (BRASIL, 2008).

“Indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidos a partir dos SIS, como saídas a partir dos dados coletados, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravamento à saúde” (CARVALHO; EDUARDO, 1998, p. 22). Têm como objetivo principal retratar com fidedignidade e praticidade a situação de saúde individual ou coletiva, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes populações, bem como fornecer subsídios ao planejamento das ações de saúde (PEREIRA, 2008; ROUQUAYROL, 1993).

Os indicadores são instrumentos utilizados para definir parâmetros e realizar comparações, além de integrar juízo de valor frente à situação encontrada e o ideal estabelecido. Para obter a confiabilidade das informações, é necessário que a fase de coleta e sistematização dos dados seja bem planejada. Ademais, informações convenientes e adquiridas no momento certo podem beneficiar a administração dos serviços e favorecer a tomada de decisão com o menor grau de incerteza (LABBADIA et al., 2011).

A escolha do indicador deve ser baseada no problema em estudo, de modo a orientar a tomada de decisão e o desenvolvimento das ações. Para cada realidade encontrada na comunidade, é necessário examinar o indicador mais apropriado, de modo a conhecer o que está por trás dele, o que ele mostra e qual a sua confiabilidade. Preferencialmente, o

indicador deve apresentar alta sensibilidade e especificidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A seleção do conjunto de indicadores utilizados varia em função do objetivo das ações, da problemática em questão, da disponibilidade dos sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades, bem como as necessidades específicas de cada região. Um ponto fundamental é monitorar a qualidade dos indicadores empregados, a fim de manter a confiabilidade da informação produzida, subsidiando ações planejadas a problemas reais (BRASIL, 2008).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). Outros atributos de qualidade de um indicador são sua mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). É desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (BRASIL, 2008, p. 13).

Na atenção primária à saúde, o modelo mais utilizado é o SIAB. Este SIS é alimentado com dados gerados pelos profissionais das equipes da ESF, possibilitando a construção de indicadores referentes a áreas de abrangências definidas. Tais informações são recolhidas por meio de fichas de cadastramento e de acompanhamento, sendo analisadas com base em relatórios específicos (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; FREITAS; PINTO, 2005).

3.2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)

O SIAB foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e implantado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS),

mantendo sua lógica central, que tem como referência a base populacional. Entretanto, procurou aprimorar e aprofundar-se com a utilização de novos instrumentos de coleta (BRASIL, 2003).

Desenvolvido com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do SUS, o SIAB constitui-se um dos principais instrumentos de gerenciamento da atenção básica por fornecer apoio à ESF na eleição de ações prioritárias, processo de tomada de decisões e gestão das ações a serem desenvolvidas de acordo com necessidade da comunidade. Esse processo reflete o caráter de suporte operacional e gerencial do SIAB. Este instrumento tem potencial para detectar problemas sanitários, avaliar intervenções e produzir indicadores a partir da identificação de problemas. Os dados são capazes de gerar informações de interesse dos gestores, profissionais e da população (MAIA et al., 2010; FREITAS; PINTO, 2005; MARCOLINO; SCOCHI, 2010; QUEIROGA et al., 2011).

Uma das principais particularidades do SIAB é a territorialização das informações, cujos dados são originados do trabalho dos ACS e profissionais da ESF. Este SIS caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica da comunidade, contribuindo para o monitoramento da situação de saúde de seus indivíduos. Os indicadores do SIAB fornecem informações (morbidade, mortalidade e de serviços) da população adscrita, disponibilizando à equipe da ESF dados sobre as condições de saúde das famílias, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença (THAINES et al., 2009; MAIA et al., 2010; BITTAR et al., 2009; RADIGONDA et al., 2010; SILVA; LAPREGA, 2005).

Os principais instrumentos de coleta de dados do SIAB são: ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sociosanitários, fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações produzidas pelos profissionais das equipes da ESF (BITTAR et al., 2009). O sistema é alimentado a partir de fichas de cadastramento e acompanhamento (A, B, C, D) e analisado com base em relatórios específicos (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4) (SILVA; LAPREGA, 2005).

A ficha A representa a ficha de cadastro familiar, preenchida na primeira visita à família pelo ACS. Contém dados básicos de características socioeconômicas, de saúde e moradia das famílias e seus

indivíduos. Permite conhecer as características e condições de vida da população. Sua atualização é fundamental e também é feita pelo ACS, o qual deve estar atento às alterações familiares, como óbito, nascimento, mudança de ocupação, e condições de moradia e saneamento. A ficha B é utilizada pelos ACS para o acompanhamento domiciliar mensal de grupos prioritários, como: pessoas diagnosticadas com hipertensão (ficha B-HA), diabetes (ficha B-DIA), hanseníase (ficha B-HAN), tuberculose (ficha B-TB) e gestantes até o período puerperal (ficha B-GES). Periodicamente, o instrutor/supervisor do ACS deve acompanhar e discutir sobre as fichas de registro e sobre novos casos cadastrados (RADIGONDA et al., 2010; SILVA; LAPREGA, 2005; BRASIL, 2003).

A ficha C presta-se ao acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos, sendo o próprio Cartão da Criança fornecido pelo MS a fonte básica dos dados. A ficha é uma cópia do Cartão da Criança, chamada de Cartão-sombra, na qual contém a identificação da criança, pais, tipo de parto, condições ao nascer, entre outros. A ficha D é utilizada por toda a equipe da ESF para o registro diário das atividades (consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), procedimentos, bem como a notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Alguns campos dessa ficha são específicos para determinadas categorias (SILVA; LAPREGA, 2005; BRASIL, 2003).

As fichas de coleta de dados do SIAB resultam em instrumentos de consolidação das informações, denominados relatórios. Os relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas (fichas A) são os relatórios A1, A2, A3 e A4. O relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias resultam no relatório SSA2 (provém das fichas A, B, C e D de uma área) e SSA4 (consolidado dos dados do SSA2 de um município). Os relatórios de produção e marcadores para avaliação são os relatórios PMA2 (proveniente das fichas D de uma área) e PMA4 (consolidado dos relatórios PMA2 de um município). Sendo assim, os números 1, 2, 3 e 4 nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes: microárea (1), área (2), segmento (3) e município (4) (SILVA; LAPREGA, 2005; BRASIL, 2003).

Essa consolidação dos dados é feita mensalmente pelas Coordenações Municipais de Atenção Básica que enviam para as Regionais de Saúde. Sendo assim, seguem para as Secretarias Estaduais,

sempre fazendo as respectivas consolidações. As bases estaduais são enviadas mensalmente para o DATASUS; quando, então, é consolidada a base nacional (BRASIL, 2013).

Por meio do potencial das informações que podem ser geradas pelas fichas de coleta e relatórios, é perceptível o grande valor do SIAB para a atenção primária à saúde. Sua utilização, entretanto, depende da qualidade e consistência dos dados, os quais decorrem do conhecimento dos instrumentos, correto preenchimento, alimentação fidedigna, cumprimento de prazos, fluxos, críticas, divulgação, dentre outros fatores. A confiabilidade dessas informações é uma condição necessária para que o planejamento tenha sua base concreta em dados reais. Sendo assim, é imprescindível a atualização e a verificação da maneira como esses instrumentos de coleta estão sendo preenchidos pela equipe da ESF (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010).

A estudos, no entanto, como o de Thaines et al. (2009) revelam que os dados produzidos nos CS são pouco trabalhados e utilizados como ferramentas de melhoria e planejamento das ações desenvolvidas junto à população. A autora ressalta, também, que os SIS deveriam ter seu foco nas necessidades da comunidade, retornando esses dados sob forma de políticas que garantam uma atenção à saúde de qualidade e resolutiva aos usuários, que são a razão de ser de todo serviço de saúde. Já a pesquisa realizada Marcolino e Scochi (2010) aponta a falta de discussão e utilização das informações pelas equipes da ESF, o que gera a desvalorização dos dados coletados por parte dos ACS, visto que são eles os principais profissionais que utilizam as fichas. Além disso, a supervisão das fichas preenchidas mostrou-se insatisfatória.

A rotina de análise dos dados locais, a atualização do manual técnico do SIAB, a necessidade de compreender a finalidade do trabalho que está sendo desempenhado, a rotatividade de profissionais nos serviços locais de saúde e a falta de capacitação/programa de educação permanente são fragilidades e necessidades levantadas por diversos estudos. É preciso estar capacitado para trabalhar em equipe e compreender a importância da informação para a construção de um novo modelo de atenção (PRUNER-MARQUES; CORRÊA, 2012; RADIGONDA et al., 2010; BITTAR et al., 2009; FREITAS; PINTO, 2005; SILVA; LAPREGA, 2005).

As informações constituem uma rica fonte de dados para a definição de prioridades, realização do diagnóstico de saúde da área de abrangência, organização do trabalho, programação local, norteamento do planejamento e avaliação de ações em saúde. Espera-se o aproveitamento dessas potencialidades e, para tal, é necessário que os profissionais e gestores estejam capacitados, lembrando que o objetivo do processo é prestar uma assistência eficiente à população (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; RADIGONDA et al., 2010; SILVA; LAPREGA, 2005).

Como explanado, o dado fornecido pelo SIAB por si só não representa a realidade, ele necessita que o profissional da ESF, com sua experiência, transforme-o numa informação e a partir disso, em conhecimento. Esse processo depende de informações confiáveis e profissionais envolvidos com o contexto. Seguir essas etapas é direcionar-se para uma ação bem planejada, e seu êxito dependerá do quão minucioso a elaboração será (PRUNER-MARQUES; CORRÊA, 2012).

3.2.4 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O PMAQ consiste em uma estratégia de gestão do SUS, que visa aprimorar o acesso à atenção básica em saúde e a qualidade dos cuidados prestados nesses serviços, garantindo um padrão de qualidade que possa ser comparado entre municípios, regiões e em nível nacional. No entanto, os benefícios propostos pelo PMAQ vão além, já que o programa valoriza o trabalho desenvolvido pelos profissionais, à medida que produz a integração desses sujeitos com os usuários e promove melhorias nas condições de trabalho. Desta forma, o PMAQ pode provocar mudanças significativas na qualidade da atenção primária à saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

Entre as metas do PMAQ, ainda incluem-se: a melhoria dos CS; a promoção da qualidade na atenção básica, fortalecendo princípios de autoavaliação e monitoramento; a ampliação do impacto dos serviços sobre o grau de satisfação dos seus usuários; fomentar a alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de trabalho; a transparência dos processos de gestão, participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

As inovações do PMAQ, em relação às políticas de avaliação anteriores, referem-se, ainda, ao uso de indicadores de desempenho das equipes de saúde e indicadores de monitoramento dos serviços por elas prestados; repasse financeiro imediato e automático após contratualização, independente da situação da atenção básica; agrupamento de municípios que aderirem o Programa de acordo com similaridades socioeconômicas, para fins de comparação dos resultados, etc. (BRASIL, 2012; SAVASSI, 2012).

Desta forma, o PMAQ reflete uma mudança no contexto da gestão pública, que além de buscar a garantia dos princípios do SUS, visa a fortalecer a atenção básica por meio de diretrizes que compreendem o aprimoramento do processo de trabalho em saúde, a valorização do trabalhador, a transparência no processo de monitoramento dos serviços pela sociedade, a participação social, a responsabilização de gestores e profissionais por meio de uma cultura de negociação, o estímulo para a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde e o compromisso na gestão de recursos com base nas metas pactuadas (BRASIL, 2011a; 2012).

Para tanto, o PMAQ organiza-se em quatro fases, compreendendo um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade. A primeira fase consiste na etapa de adesão ao programa, mediante o contrato de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de saúde e os gestores municipais, e destes com o MS. Nessa fase, as equipes da ESF firmam contrato com os gestores municipais para, depois, estes pactuarem com o MS. No momento de adesão ao programa, há um conjunto de indicadores, eleitos a partir da possibilidade de acesso às informações, que possam ter como grau mínimo de agregação às equipes de saúde. A escolha dos indicadores fica limitada aos que possam ser monitorados e avaliados por meio do SIAB (BRASIL, 2011a; 2012).

A partir de uma revisão nos indicadores do SIAB, o MS selecionou quarenta e sete para integrar o PMAQ, os quais foram subdivididos em sete áreas estratégicas (saúde da mulher; saúde da criança; controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; saúde bucal; produção geral da equipe; vigilância à saúde; e saúde mental) e classificados segundo a natureza de seu uso, em: a) Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação

externa e que serão utilizados para a classificação das equipes de saúde; b) Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe. A seleção de indicadores do PMAQ guarda relação com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2012).

A segunda fase do PMAQ refere-se ao desenvolvimento das ações que serão empreendidas pelas equipes de saúde, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover a melhoria do acesso e da qualidade da do atendimento na atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional (BRASIL, 2012).

A autoavaliação compreende a análise das equipes de saúde sobre as dimensões positivas e problemáticas do seu trabalho, de forma a produzir sentidos potencialmente facilitadores de iniciativas de aprimoramento. Os processos autoavaliativos devem ser constituídos visando à realização de intervenções para superar os problemas identificados. Para isso, é importante considerar os recursos existentes, bem como a governabilidade da equipe para intervir em tudo aquilo que se julga necessário, estabelecendo prioridades de ação. Para auxiliar as equipes na realização da autoavaliação, o MS desenvolveu o instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (BRASIL, 2011a; 2012).

Além da autoavaliação, a fase de desenvolvimento do PMAQ compreende o monitoramento dos indicadores pactuados, dimensão esta que se constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa. Nesse sentido, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento pelas equipes de saúde. E, para isso, os SIS precisam ser continuamente alimentados com informações de saúde sobre a população de cada território. Assim, o primeiro passo a ser dado para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração do diagnóstico situacional. Essa ação orientará equipes e gestores no planejamento e programação das ações, possibilitando o enfrentamento dos problemas de saúde. (BRASIL, 2012).

A educação permanente busca a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, proporcionando o estreitamento

do elo entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente deve ser encarada como “estratégia de gestão”, proporcionando apoio institucional às equipes de saúde. Nessa concepção, constrói-se um processo de planejamento educativo ascendente, em que a análise coletiva dos nós críticos possibilita a construção de estratégias de articulação entre as políticas gerais e a singularidade de cada equipe, estimulando experiências inovadoras nos CS (BRASIL, 2012).

A terceira etapa do PMAQ consiste na avaliação externa, momento de averiguação das condições de acesso e de qualidade dos serviços da atenção básica participantes do programa. Essa fase constitui-se de duas etapas realizadas por instituições de ensino, em geral universidades contratadas pelo MS: a) Certificação de desempenho das equipes de saúde e gestores municipais, por meio do monitoramento dos indicadores; b) Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica, essa etapa consiste no processo avaliativo da rede local, da satisfação do usuário e da utilização dos serviços (BRASIL, 2011a; 2012).

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontractualização, que deve ocorrer após a certificação das equipes de saúde, com base na avaliação de desempenho. Nesse momento, novos indicadores e compromissos são pactuados, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa. Essa fase objetiva a institucionalização de um processo cíclico e sistemático de avaliação da qualidade da atenção e do acesso a serviços básicos de saúde, partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2012).

A certificação externa classifica as equipes conforme seu desempenho em ótimo, bom, regular ou insatisfatório. Os resultados são comparados tanto entre as equipes, quanto com a evolução da própria equipe. O MS compromete-se a verificar, periodicamente, o cumprimento dos compromissos assumidos acordados na fase de adesão das equipes de saúde; como o alcance de melhores resultados para um conjunto de indicadores de saúde e padrões de qualidade. Dessa forma, o PMAQ caracteriza-se como uma ferramenta que contribui para a efetividade e eficácia das ações em saúde, integrando profissionais e gestores na busca pela melhoria da atenção primária e garantindo que os serviços prestados correspondam aos interesses e necessidades sociais (BRASIL, 2011; 2012).

3.3 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

O processo de planejamento é muito utilizado no cotidiano da administração, tanto pública quanto privada. No setor saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento de suas funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2009; TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998). Conceitualmente, o planejamento consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação visando à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Do ponto de vista metodológico, é conhecido como ferramenta para gestão, gerência ou administração em que participam muitos sujeitos, individuais e coletivos (BRASIL, 2010).

Abordam-se, a seguir, algumas vertentes teóricas conceituais do planejamento em saúde e sua influência no SUS e, também, o planejamento como ferramenta de gestão em saúde e enfermagem.

3.3.1 CORRENTES TEÓRICAS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento em saúde teve origem na década de 60, na América Latina, com o método CENDES-OPAS de Programação em Saúde. Nesse método, propõe-se o gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade, por meio de critérios objetivos que orientam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998; TEIXEIRA, 2010).

Apesar do método CENDES-OPAS trazer à tona discussões relevantes sobre a importância do diagnóstico para o planejamento de ações, as primeiras críticas a seu modelo surgiram no início dos anos 70, devido à sua vinculação com um viés puramente economicista. Assim, alternativas de planejamento do setor da saúde foram surgindo, com destaque para o “Pensamento Estratégico”, proposto por Mario Testa, e o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998; TEIXEIRA, 2010).

O “Pensamento Estratégico” inclui as discussões sobre planejamento as diferenças de poder nas relações dos diversos atores

envolvidos no campo da saúde, distinguindo o poder técnico, o administrativo e o político. Com essa reflexão o autor criou o “Postulado de Coerência” que pode ser empregado na formulação e implementação de políticas em saúde, através da “análise de coerência” entre as intenções e propósitos, os métodos e a organização do trabalho em saúde, com a finalidade de provocar mudanças sociais (TESTA, 1989; 1992).

Nesse sentido, três são as formas de diagnóstico de saúde a serem realizados para o planejamento: administrativo, estratégico e ideológico. O diagnóstico administrativo é parte da análise tradicional do planejamento de saúde, em que fatores demográficos, econômicos e de saúde e doença, bem como recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde são quantificados. No diagnóstico estratégico, são identificadas e analisadas as desigualdades sociais e, internamente os serviços, as relações de poder que aí ocorrem. Já o diagnóstico ideológico consiste em analisar a consciência sanitária dos diversos atores do setor saúde. Com isso, é realizada a síntese diagnóstica, um momento integrador que reconstrói a realidade de saúde analisada, considerando sua força, suas relações e participação dos atores no debate, a fim de se efetivar o plano e programações em saúde (GIOVANELLA, 1990; TEIXEIRA, 2010).

Outra proposta de planejamento em saúde, que surgiu ao final da década de 70, foi o PES criado por Carlos Matus, na qual o autor enfatiza a noção de situação de cada ator social envolvido com a saúde. A concepção situacional do planejamento dada por Matus (1993) consiste em um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de uma determinada realidade social. Segundo o autor, essa concepção reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de ações estratégicas e comunicativas, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas para alcançá-los.

Dessa forma, o enfoque situacional permite que o planejamento seja aplicável a qualquer realidade em que haja uma situação problema e onde um ator possa atuar democraticamente, considerando a questão de governabilidade para o agir em saúde. Para Matus (1997), o ato de governar exige técnicas e conhecimentos específicos, bem como um domínio teórico sobre sistemas sociais. Para isso, o autor afirma que três

estratégias são necessárias e devem ser articuladas para se desenvolver essa capacidade: o projeto de governo, que inclui as intenções e capacidades de ação em saúde do ator que governa; a capacidade de governo, no que se refere à capacidade técnica, ao manejo de métodos, as habilidades e experiências da equipe de governo; e a governabilidade frente ao sistema, que inclui a observância das variáveis, as quais podem ser controladas pelo ator, o que lhe conferirá maior ou menor liberdade de ação.

O PES apresenta algumas características, que precisam ser consideradas: o ator social, o qual planeja, deve fazer parte da realidade a ser planejada; não há garantia de controle sobre uma situação; a capacidade de agir sobre uma determinada situação varia entre os atores e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano; não é suficiente elaborar um conjunto de propostas de ação, é necessário construir sua viabilidade, considerando as capacidades de todos os atores, envolvidos naquela situação (MATUS, 1993). Desse modo, o PES considera a participação social para a planificação e desenvolvimento das ações em saúde, conferindo poder a todos os atores do sistema, e identifica as limitações do planejamento puramente normativo, no qual quem planeja é um agente externo à situação (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

O processo de planejamento na concepção situacional inclui quatro momentos na sua realização: o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”. No primeiro momento, ocorre a identificação, a descrição e a análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo consiste na elaboração do objetivo, construído a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. No momento estratégico, acontece a definição das operações a serem realizadas, contemplando a análise de viabilidade de cada uma das ações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das ações que compõem o plano (MATUS, 1993; TEIXEIRA, 2010).

A concepção desses momentos indica um processo dinâmico em que o diagnóstico dos problemas, a elaboração do objetivo, a análise da viabilidade e a definição e execução das operações acontecem simultaneamente, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas

práticas das várias instituições envolvidas com a política de saúde (TEIXEIRA, 2010).

No enfoque estratégico situacional, o planejamento pode ser entendido como um processo sistêmico de racionalização das ações humanas para a tomada de decisão, visando ao alcance de objetivos futuros através de atividades desenvolvidas por um indivíduo, um grupo ou uma instituição (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006). Parte de uma visão de como as coisas deveriam ser, permitindo definir que caminhos seguir para chegar até elas (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008). Assim, o ato de planejar consiste na reflexão antes da ação, significa buscar alternativas para realizar uma ação visando a modificar a realidade encontrada (MATUS, 1993).

Ao pensarmos em planejar ações, a primeira ideia é a de conformação de uma ação a ser realizada no futuro. Nesse sentido, planejar significa programar ações que permitam o alcance de metas, relativas a uma situação presente. Para tanto, formulamos questionamentos sobre a possibilidade de atingir resultados esperados, a fim de conhecer a governabilidade em relação ao nosso processo de trabalho (MEDEIROS et al., 2010).

As tendências latino-americanas de planejamento chegaram ao Brasil por volta da década de 1970, se consolidando, especialmente a de Matus, na segunda metade dos anos 80, quando se fortaleceu a utilização de estratégias de planejamento e programação em saúde com o processo de reforma sanitária e instituição do SUS (TEIXEIRA, 2010; TEIXEIRA; PAIM, 2000).

No Brasil, no contexto do SUS, diversos autores têm-se dedicado ao estudo dessas tendências, buscando adaptá-las à realidade da saúde brasileira, bem como propondo novos métodos de planejamento, a fim de tornar a intervenção em saúde mais democrática e eficaz. Nesse sentido, o MS, também, tem adotado discussões por meio da elaboração de políticas que enfatizam a importância do planejamento em saúde, como é o caso do Sistema Nacional de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) (TEIXEIRA, 2010).

O PlanejaSUS teve início em 2006 e está integrado no Pacto pela Saúde, estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal. Para a sua instalação, foi instituído um Comitê de Operacionalização, que realizou oficinas macrorregionais e

teve por objetivo indicar as bases para a sua organização e funcionamento. Dessa forma, o PlanejaSUS consiste na atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS e busca a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal e intersetorial (BRASIL, 2009).

A conformação do PlanejaSUS segue os pressupostos do PES, conferindo especial atenção à observância da diretriz relativa à direção única do SUS e, ao mesmo tempo, à corresponsabilidade de todos os entes federados com a saúde da população. Para o seu funcionamento, são definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada um dos entes federados, de modo a direcionar o processo de planejamento, incluindo ações de monitoramento e avaliação. Esse entendimento explicita o papel das áreas de planejamento nas três esferas de gestão do SUS, que consiste, basicamente, em coordenar os processos de formulação, monitoramento e avaliação; e prover as demais áreas técnicas com métodos e processos para formular, monitorar e avaliar os seus respectivos instrumentos, segundo as suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o planejamento configura-se como um processo estratégico da gestão do SUS. Todavia, é preciso concentrar esforços para que os avanços do sistema sejam fortalecidos, a partir da implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS (BRASIL, 2009).

3.3.2 O PLANEJAMENTO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

No planejamento das ações de saúde, muitos são os métodos e instrumentos existentes. Existem os modelos mais básicos e os mais complexos, que se fundamentam em diferentes marcos teóricos, levando em consideração as variáveis externas ao problema, às visões e às proposições dos diferentes atores sociais envolvidos e do planejamento em particular, etc. No entanto, seja qual for a opção de método, o importante é ter em mente que “planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos” (BRASIL, 2009, p. 54).

O planejamento é utilizado como uma ferramenta de gestão, exigindo um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e

organizacionais necessários para programar estratégias e alcançar objetivos. O domínio sobre a prática administrativa e gerencial em saúde proporciona suporte para identificar problemas com base em uma determinada realidade, planejar estratégias de ação e para a tomada de decisão (KAWATA et al., 2009). Além disso, o planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer a situação de um sistema para definir aonde se quer chegar. Quando utilizado como um instrumento, o planejamento contribui para a racionalização das ações no setor de saúde, realizada por profissionais diferenciados e orientada por um propósito de melhorar a situação de saúde da comunidade (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998).

No contexto da atenção básica, o planejamento oferece a possibilidade de programar ações em saúde para o atendimento à população do território definido. Nesse sentido, as ações de saúde devem ser desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, como o planejamento local, além das ações assistenciais voltadas às necessidades das famílias (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010)

A gestão local em saúde trata de perto dos processos relacionados ao cotidiano dos CS, sejam internos, associadas às operações de funcionamento e ao trabalho em equipe; sejam externos, ligados ao ambiente e ao contexto sócio-epidemiológico, em que as ações são orientadas. A organização dos sistemas e dos serviços de saúde para o desenvolvimento das práticas de saúde inicia-se, portanto, com a definição territorial. O processo de territorialização compõe um conjunto de operações para a organização do sistema local, a fim de se reconhecer o contexto em que está inserida a população para as quais serão orientadas as ações de saúde. A territorialização constitui-se uma das ferramentas necessárias à consecução do planejamento das ações em saúde. Na conformação atual do SUS, as ações de territorialização competem às equipes da ESF, as quais realizam mapeamento da área de abrangência, cadastramento populacional e domiciliar e o diagnóstico situacional, a partir dos quais possuem subsídios para o planejamento em saúde (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010).

É importante considerar que uma das características do processo de trabalho das equipes da ESF consiste no planejamento, na programação e na implementação das atividades, com a priorização de

solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando ainda a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Isso envolve raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos, necessitando a participação de todos os profissionais, de modo a contribuírem com sua experiência e olhar diferenciado para a situação de saúde encontrada na população adscrita (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010).

Na atenção primária, o enfermeiro destaca-se por desenvolver atividades de assistência, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS. Além disso, observa-se a atuação do enfermeiro na coordenação dos CS em muitos municípios do país, sendo o processo decisório e o planejamento das ações assuntos centrais do contexto administrativo em seu cotidiano (COSTA; MIRANDA, 2008; CUNHA, 2011). Pesquisas realizadas, no Brasil, apontam que, além das atividades específicas, o enfermeiro ocupa cerca de 80% dos cargos de coordenador de CS, em muitos casos, conduzindo processos institucionais, o que lhe impõe inúmeras e diversificadas situações de tomada de decisão (CUNHA, 2011; PASSOS; CIOSAK, 2006; MARCON; LACERDA; MEIER, 2004).

Para desenvolver a gestão de instituições de saúde, é preciso ter claro os pressupostos que embasam as propostas de planejamento e examinar, atentamente, se há consonância com o modelo de gestão praticado (MARCON; LACERDA; MEIER, 2004; CUNHA, 2011; KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006).

Considerando que a forma adotada pelo SUS é a de gestão compartilhada, que implica a descentralização das decisões entre os diferentes serviços que compõem esse sistema, o enfermeiro participa com sua compreensão sobre o planejamento em saúde, enquanto um instrumento de trabalho gerencial relevante para a organização das ações na atenção primária à saúde (BRASIL, 2009; KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006; MEDEIROS et al., 2010).

O planejamento integra-se à gestão participativa e, com isto, as intervenções orientadas à população constroem-se no coletivo através da participação de todos os profissionais da equipe de saúde. Assim, o planejar e o gerenciar resultam de um processo interativo, no qual o enfermeiro é componente para seu aperfeiçoamento (MEDEIROS et al., 2010).

3.4 GESTÃO DO CONHECIMENTO

“A informação é um componente intrínseco de quase tudo que uma organização faz” (CHOO, 2003, p. 27). A necessidade de busca pela informação surge quando o indivíduo identifica lacunas em seu conhecimento. Esta informação é então utilizada para responder a uma questão, solucionar um problema ou tomar uma decisão. A busca pela informação é o processo pelo qual o indivíduo seleciona dados ou informações relevantes para que haja uma mudança no seu estado de conhecimento ou em sua capacidade de agir. Quando o indivíduo assimila esse dado ou essa informação, transformando-a a fim de agir, essa informação torna-se um conhecimento. O uso da informação envolve a seleção e o uso da informação, sendo esse processo parte da atividade social e humana, no qual a informação torna-se útil para o indivíduo ou grupo (ALMEIDA; FREITAS; SOUZA, 2011; CHOO, 2003).

A informação proporciona um novo ponto de vista para a interpretação de eventos do cotidiano, pode ser entendida como um meio necessário para construir o conhecimento, acrescentando-lhe algo ou reestruturando-o. O conhecimento, assim como a informação, diz respeito ao significado, sendo utilizado sempre com algum fim. Entretanto, o conhecimento, ao contrário da informação, refere-se às crenças e aos compromissos do indivíduo. A informação é um fluxo de mensagens, enquanto o conhecimento é criado por esse próprio fluxo de informações, estando relacionado à ação humana. Tanto a informação quanto o conhecimento são específicos ao contexto e relacionais na medida em que dependem da situação e são criados na interação social entre as pessoas (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Os dados são condições prévias para se obter a informação desejada. A informação é um dado com significado, que foi organizado e processado para adquirir sentido dentro de um contexto ou situação. A informação é um pré-requisito para o conhecimento, ela é transformada em conhecimento quando um indivíduo consegue conectá-la a outras informações, avaliando-a e entendendo seu significado dentro de um contexto específico. Nesse sentido, o conhecimento é a informação com valor agregado, é tudo que deve ser conhecido antecipadamente para

tomar uma decisão e definir um curso de ação (SILVA, 2004; DUARTE, 2007).

O conhecimento tem caráter subjetivo e complexo. Ele se baseia em dados e informações ligados às pessoas e aos acontecimentos da vida cotidiana, relacionando-se com o significado de algo para este indivíduo. “O conhecimento deve ser tratado como uma variável estratégica e deve ser planejado, organizado, coordenado e controlado exercendo-se, também, a função de comando em seu tratamento, configurando as principais funções administrativas” (ALMEIDA; FREITAS; SOUZA, 2011, p. 74). Uma das maiores características do conhecimento é o fato dele ser altamente utilizado e difundido entre os indivíduos e o meio social.

O conhecimento assume um papel fundamental e indispensável nos dias atuais. É através do compartilhamento de informações que conseguimos repassar ou obter das pessoas um conjunto de dados de valor. Esse ato ocorre quando há interesse de ambas as partes em se ajudar e, assim, criar espaços de aprendizagem e desenvolver capacitações para a ação (SILVA, 2004).

O conhecimento de uma organização está atrelado nas redes de conhecimentos que conectam as organizações, ele vai além dos indivíduos ou das rotinas de trabalho (SILVA, 2002). Para que a informação tenha um fluxo dinâmico entre os indivíduos, é essencial que o conhecimento deva fluir rápido e facilmente entre as diferentes funções e setores da instituição. É a transformação da informação em conhecimento e do conhecimento em ação (REZENDE, 2002).

O comportamento de uso da informação constitui-se de grupos de pessoas que partilham os pressupostos sobre a natureza de seu trabalho e sobre o papel que a informação desempenha nele, grupos de pessoas cujo trabalho está relacionado aos problemas caracterizados pelas dimensões que são aplicadas para julgar a utilidade da informação, cujo ambiente de trabalho influencia sua atitude em relação à informação, assim como a disponibilidade e ao valor da informação, e cujas percepções sobre a solução dos problemas determinam a intensidade com que eles buscam a informação e suas expectativas sobre as informações de que necessitam (CHOO, 2003, 98).

Talvez um dos maiores desafios que se têm quando falamos de gestão, baseada em conhecimento, é a forma com que a organização consegue conciliar o conhecimento existente em cada funcionário com as informações disponíveis no banco de dados da instituição, de forma a transformar essas informações em uma ferramenta para o crescimento intelectual coletivo (REZENDE, 2002).

“A Gestão do Conhecimento refere-se à criação, à explicitação e à disseminação de conhecimentos no âmbito da organização” (ALMEIDA; FREITAS; SOUZA, 2011, p. 06). A Gestão do Conhecimento pode ser entendida como o conjunto de técnicas e ferramentas que permitem a identificação, a utilização e a disseminação do conhecimento nas organizações. Essa prática exige uma atuação coletiva, onde o propósito é disseminar o conhecimento entre os membros da instituição e programar estratégias visando a eficiência das ações e melhoria do serviço (CÂNDIDO; ARAÚJO, 2003; DUARTE, 2007).

A gestão baseada no conhecimento funciona com a inteligência coletiva de seus funcionários que visam a atingir, plenamente, os objetivos da organização. A implantação da Gestão do Conhecimento cria um vínculo forte com a instituição no momento em que esta se faz presente nos indivíduos, e não nos recursos tecnológicos. Envolve todo o processo de gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento, sendo este um dos recursos mais importantes da organização para tornar as ações mais elaboradas e eficientes. A Gestão do Conhecimento possibilita o crescimento e o desenvolvimento do intelectual coletivo da organização. Nesse processo a informação tem papel fundamental por ser considerada uma grande ferramenta de gestão (REZENDE, 2002; SILVA, 2004; DUARTE, 2007; ROCHA, 2012).

O conhecimento é formado por dois componentes dicotômicos, porém complementares, o conhecimento tácito e o conhecimento explícito. O conhecimento tácito é pessoal de cada indivíduo, ele é difícil de ser articulado na linguagem formal ou repassado aos outros. É constituído do *know-how* subjetivo e dos insights que cada pessoa tem depois de ficar certo período de tempo imerso em uma atividade ou estudo. O conhecimento tácito está enraizado nas ações e na experiência individual de cada um, acumulada ao longo dos anos (CHOO, 2003;

SILVA, 2002; SILVA, 2004; ROCHA, 2012; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

O conhecimento explícito pode ser articulado na linguagem formal, através de palavras, números, sons, etc. Ele é considerado sistemático e de rápida disseminação. É facilmente transmitido entre indivíduos, conectando as pessoas. Esse conhecimento pode ser formalizado em textos, gráficos, tabelas, figuras, desenhos, etc., onde são organizados e armazenados em bases de dados e publicações em geral, tanto em papel quanto em formato eletrônico (CHO, 2003; SILVA, 2002; 2004; ROCHA, 2012; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Esses dois grupos de conhecimentos são opostos e paradoxos, porém indispensáveis para a construção do conhecimento na organização. Enquanto o conhecimento tácito permanece guardado, apresenta-se com pouco valor para a instituição, assim como o conhecimento explícito não surge espontaneamente sem ser desenvolvido entre os grupos. O conhecimento não pode ser considerado unicamente tácito ou explícito, ele é formado por essas duas formas opostas, porém complementares, de conhecimento (CHOO, 2003; SILVA, 2004; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

O conhecimento humano é criado e expandido através da interação social entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito. Principalmente, quando essa organização desenvolve processos sociais capazes de criar novos saberes e conhecimentos a partir da conversão do conhecimento tácito em explícito. Os dois tipos de conhecimento precisam ser cultivados e estimulados diariamente para que a instituição possa converter os dois formatos de conhecimento e, assim, semear novos saberes entre os indivíduos (CHOO, 2003; SILVA, 2004; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Segundo Takeuchi e Nonaka (2008), a dialética é uma forma de raciocínio com ênfase na mudança e nos opostos, referindo-se ao processo de movimento. Está sempre buscando a contradição nas pessoas. O processo na qual a organização cria e dissemina o conhecimento na organização é muito similar ao pensamento dialético. O conhecimento, também, é sintetizado numa atmosfera espiral e dinâmica, através de dois conceitos contrários, como o conhecimento tácito e explícito. “Os opostos são interdependentes, significando que dependem uns dos outros. Não teria sentido falar sobre a escuridão se não houvesse algo como a luz” (TAKEUCHI; NONAKA, 2008, p. 21). A chave para a organização criar e disseminar o conhecimento entre

seus membros é estimular o raciocínio dialético, que busca transcender e sintetizar os paradoxos.

Há quatro maneiras de converter e ampliar o conhecimento do indivíduo, por meio da socialização, da exteriorização, da combinação e da internalização. No processo de socialização, o indivíduo compartilha e cria conhecimento tácito através da experiência, esse processo acontece por meio da observação. Um bom exemplo seria dizer que o aprendiz aprende o ofício com seu mestre por meio da imitação e da prática. Nesse tipo de conversão do conhecimento, os indivíduos da instituição podem adquirir novos conhecimentos por meio de treinamento ou capacitação. O outro processo é a exteriorização, que acontece quando se converte o conhecimento tácito em conhecimento explícito através da utilização de metáforas, de analogias e de modelos. Pode articular conhecimento tácito através do diálogo e da reflexão entre os grupos de pessoas da organização (CHOO, 2003; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

O terceiro modo de converter o conhecimento é a combinação, processo pelo qual se pode sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação proveniente de várias fontes. Nesse modo, o conhecimento é adquirido quando os indivíduos trocam saberes e conhecimentos durante as reuniões, através de memorandos, e-mails ou conversas telefônicas. As informações existentes em bancos de dados podem ser classificadas e organizadas de modo a produzir novos conhecimentos explícitos para seus leitores. O último modo de conversão do conhecimento é a internalização, processo no qual o indivíduo aprende e adquire novo conhecimento tácito na prática. As experiências adquiridas do indivíduo são internalizadas por meio de modelos mentais ou rotinas de serviço. A internalização é facilitada se o conhecimento é captado em documentos ou transmitido na forma de histórias de modo que os indivíduos possam reviver, indiretamente, a experiência de outros (CHOO, 2003; TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

A tecnologia de informação (TI) tem-se orientado para mover a informação de um indivíduo para outro, no sentido de ampliar a rede de conhecimentos de uma instituição. Esses sistemas permitem aos indivíduos desenvolver a capacidade de armazenamento do conhecimento tácito para, posteriormente, transformá-lo em conhecimento explícito. É a partir do relacionamento e interação entre

grupos de pessoas ou com os sistemas de informação que a informação torna-se útil. A informação faz-se útil para responder a uma questão, solucionar um problema ou tomar uma decisão, resultando em novos conhecimentos ou ações (SILVA, 2002; CHOO, 2003).

A compreensão atual de administração e teoria organizacional revela que as organizações utilizam as informações em três arenas estratégicas: para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. A criação de significado expressa o que é fundamental para uma organização e seus membros. É nessa fase que ocorre a interpretação de dados e informações provenientes do ambiente de trabalho. A construção de conhecimento gera inovações e competências que ampliam o horizonte de escolha. Durante esse período, o principal processo de informação é a conversão do conhecimento. A tomada de decisões implica seguir rotinas e princípios que simplificam e legitimam suas ações. A principal atividade desenvolvida é o processamento e análise da informação a partir das alternativas disponíveis, cujas vantagens são pesadas (CHOO, 2003).

As três atividades supracitadas são processos interligados, que se complementam na busca e utilização da informação. A organização que for capaz de integrar em seu cotidiano de trabalho os processos de criação de significado, construção do conhecimento e tomada de decisões pode ser considerada uma organização do conhecimento. É fundamental que a organização apoie e estimule o desenvolvimento de atividades de criação do conhecimento entre os indivíduos ou ofereça ambientes favoráveis para elas. Esse processo amplia os saberes e conhecimentos das pessoas através do diálogo e compartilhamento de experiências (CHOO, 2003)

Numa organização, o conhecimento toma várias formas, podendo ser amplamente compartilhado. A instituição que incorporar em seu ambiente de trabalho a Gestão do Conhecimento eleva a especialização e experiência de cada um dos seus membros. Para tanto, é necessário oferecer um contexto físico, social e cultural para a disseminação e troca de conhecimento organizacional. A TI torna-se uma importante aliada a este movimento por promover e facilitar o compartilhamento de dados e informações (CHOO, 2003).

Os conhecimentos adquiridos com a Gestão do Conhecimento na instituição diferem em cada indivíduo que o percebe. Este é gerado e disseminado a partir do uso de ferramentas do ambiente físico e social, e mediado pelas relações que se estabelecem entre os grupos de pessoas.

A importância do conhecimento organizacional manifesta-se na maneira como ele amplia as capacidades da organização, estimulando o crescimento e a renovação de conhecimento e saberes dos indivíduos (CHOO, 2003; SHINYASHIKI, 2003).

O conhecimento só pode ser criado e disseminado por pessoas. Uma organização por si só não consegue criar novos conhecimentos sem a participação de seus membros. A criação do conhecimento organizacional pode ser entendida como um processo que amplifica e o conhecimento desenvolvido pelos indivíduos através do diálogo e das discussões de grupos de pessoas, compartilhando experiências e produzindo novos saberes. O conhecimento de uma pessoa é transformado em conhecimento organizacional para a empresa como um todo (TAKEUCHI; NONAKA, 2008)

A Gestão do Conhecimento é indispensável para qualquer instituição, devido a gama de informações e conhecimentos que lhe permitem agir com inteligência, esperteza e criatividade. Ela compreende o ambiente que a cerca, sendo capaz de se preparar para mudanças e adaptações com antecedência. A base da organização do conhecimento é a administração das informações, possibilitando a criação de significados, construção do conhecimento e a tomada de decisões. A ação requer a participação de todos na busca pelo próprio conhecimento, sendo necessário estar disposto para aprender e, também, compartilhar o que sabe. As instituições que adotam a Gestão do Conhecimento devem possuir uma clara visualização dos conhecimentos que já possuem, para então buscar informações necessárias para transformá-las em novos conhecimentos (CHOO, 2003; ALMEIDA; FREITAS; SOUZA, 2011).

Permear os modelos de uso da informação é predisposição para transformar a informação em conhecimento e este em ação. Num nível geral, é possível visualizar a criação de significado, a construção do conhecimento e a tomada de decisões como três fases simultâneas, complementares e necessárias para o sucesso da organização. Depois que permeou as três fases, a instituição pode definir as estratégias de ação para cada situação encontrada (CHOO, 2003).

Estimular e desenvolver continuamente a Gestão do Conhecimento na instituição é garantir o crescimento e a disseminação da capacidade intelectual dos indivíduos. As TI possibilitam a criação de

espaços e ambientes promotores do conhecimento organizacional, onde a interação social e o compromisso de cada membro do grupo fazem com se desenvolva uma corrente de saberes e principalmente comprometimento com a missão e os objetivos da organização.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo, de natureza qualitativa, seguiu a abordagem metodológica de estudo de casos múltiplos.

O estudo de caso é uma metodologia muito utilizada por diversas áreas de pesquisa, como a sociologia, a educação, a enfermagem, etc. Em todas as áreas, o estudo de caso surge como um método que investiga fenômenos contemporâneos em profundidade, permitindo que o pesquisador se aproprie das características dos eventos da vida real, especialmente, quando não há controle sobre os eventos comportamentais. O estudo de caso preocupa-se em solucionar questões de pesquisa, que ressaltam o “como” e o “por quê” através da utilização de uma ampla variedade de evidências. As múltiplas fontes de informação ou evidências são constituídas por entrevistas, observações, documentos, etc. (YIN, 2010; MAFFEZZOLLI; BOEHS, 2008).

O estudo de caso compreende um método abrangente, no qual a pesquisa inclui tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos. Nesse sentido, é possível conter mais de um caso no mesmo estudo, sendo este um projeto de casos múltiplos. A lógica da replicação orienta o estudo de caso, onde cada caso deve ser selecionado de modo a reproduzir resultados similares (replicação literal), ou para que possa reproduzir resultados contrastantes (replicação teórica) (YIN, 2010; MAFFEZZOLLI; BOEHS, 2008).

Cada estudo de caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual a evidência convergente é procurada em relação aos fatos e às conclusões do caso; as conclusões de cada caso são, então, consideradas a informação que precisa ser por outros casos individuais (YIN, 2010, P. 80).

Existem ao menos quatro aplicações diferentes dos estudos de caso: explicar os vínculos causais nas intervenções da vida real; descrever uma intervenção no contexto o qual ela ocorreu; esclarecer tópicos em uma avaliação de modo descritivo; e explorar as situações

em que a intervenção não possui um conjunto de resultados (YIN, 2010).

Em qualquer estudo de caso, é primordial que se desenvolvam proposições teóricas, que dirijam a atenção para algo que deve ser examinado no escopo do estudo, bem como um protocolo de orientação para a realização da coleta de dados. O protocolo contém os instrumentos de coleta de dados, como também os procedimentos e as regras gerais a serem seguidas no uso do protocolo. O comprimento desses passos confere maior confiabilidade no desenvolvimento da pesquisa. O protocolo desenvolvido para esse estudo encontra-se no Apêndice A.

Dessa forma, almeja-se conhecer a perspectiva dos participantes do estudo com o emprego do estudo de casos múltiplos, como um método conveniente para compreender de forma mais aprofundada as particularidades dos processos de um determinado grupo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Florianópolis, a capital do Estado de Santa Catarina. A cidade é dividida em duas porções de terra, uma referente à ilha de Santa Catarina e a outra localizada na área continental, sendo esta conhecida pelos habitantes como “continente”, limitando-se a oeste com o município de São José.

A implantação das primeiras equipes da ESF, em Florianópolis, ocorreu em 1996, e desde 2000, a cidade passou a ser operada como modelo assistencial para a rede básica de atenção à saúde da população. Em 2007, foi editada a Portaria nº 283, que institucionalizou a ESF como modelo orientador das ações na atenção básica, normatizando sua organização e as atribuições das equipes de saúde da família (SISSON et al, 2011). Florianópolis possui hoje 427.298 habitantes, que são atendidos por 50 CS distribuídos em cinco Distritos Sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2012).

No estudo, o primeiro contato foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, para o levantamento de informações referentes ao banco de dados do SIAB. Após a seleção dos critérios de inclusão e seleção das equipes da ESF, entrou-se em contato com os enfermeiros de cada equipe da ESF selecionada, marcando um primeiro encontro para esclarecimento do estudo e posterior agendamento da entrevista. Para garantia do sigilo das informações e

anonimato dos participantes, os sujeitos envolvidos no estudo foram identificados pela letra “E” de enfermeiros, seguido por uma numeração ascendente.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A seleção dos casos ocorreu a partir da eleição de três critérios de inclusão, referidos a seguir:

- Equipes da ESF que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ;
- Equipes da ESF que atenderam aos indicadores selecionados do banco de dados do SIAB no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012;
- Equipes da ESF que possuísem informações 100% completas no banco do SIAB em todos os meses do recorte temporal.

Para a seleção das equipes do estudo, selecionamos oito indicadores do SIAB que julgamos receber maior atenção por parte dos profissionais de saúde, buscando manter uma relação entre eles e com as ações de saúde planejadas pela equipe da ESF. São dados referentes ao acompanhamento de grupos prioritários que devem ter acompanhamento mensal por parte da equipe da ESF.

- NFAMICAD: Total de famílias cadastradas na micro-área;
- NVISITAS: Total de visita domiciliar - ACS;
- NGESCAD: Gestantes cadastradas na microárea;
- NGESAC: Gestantes acompanhadas na microárea;
- D_DIABETE: Diabéticos cadastrados;
- D_DIAAC: Diabéticos acompanhados;
- D_HIPERTEN: Hipertensos cadastrados;
- D_HIPERAC: Hipertensos acompanhados.

Sendo assim, das 115 equipes da ESF que atuam na SMS de Florianópolis, 90 foram cadastradas no PMAQ, sendo que, destas, dezenove equipes da ESF receberam desempenho ótimo no PMAQ. Das dezenove equipes da ESF, uma não existia em 2010, não possuindo banco de dados para análise nesse período. Das dezoito equipes da ESF

restantes, somente oito possuíam informações completas no banco de dados do SIAB em todos os meses de 2010 a 2012, utilizando como referencial os oito indicadores selecionados.

A amostra final resultou em oito equipes da ESF, que atenderam aos três critérios de inclusão referidos acima. As oito equipes da ESF (enumeradas de 1 a 8) estão distribuídas em seis CS (denominados de A a F), visando a preservar o anonimato dos participantes.

Os dados do SIAB de todas as equipes da ESF da SMS de Florianópolis, referentes aos meses janeiro, fevereiro, março e abril de 2012 foram perdidos pelo sistema da SMS, não sendo contabilizados no recorte temporal do estudo. A amostra final desse estudo constitui de oito enfermeiros atuantes nas oito equipes da ESF selecionadas segundo os critérios de inclusão.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para coletar os dados, optou-se pelas técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, entrevista semiestruturada e observação não-participante. A coleta dos dados ocorreu no período de maio a agosto de 2013.

A informação documental é uma fonte de evidência muito importante para os estudos de caso, pois auxilia a corroborar e aumentar a evidência de outras fontes. A pesquisa bibliográfica e documental tem como objeto de investigação o documento, seja ele escrito como textos e livros, ou não escrito, como filmes e vídeos. São exemplos de pesquisa documental e bibliográfica utilizadas neste estudo: consulta a documentos oficiais (portarias, resolução, legislação, etc.), banco de dados do SIAB, literatura, livros, protocolos, etc. (YIN, 2010; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os oito enfermeiros das equipes da ESF selecionadas, utilizando um roteiro composto de duas partes, a primeira com dados de identificação dos sujeitos, bem como a caracterização dos participantes, como: nome, idade, sexo, contatos, ano de formatura na graduação, curso de pós-graduação, etc. A segunda parte do instrumento continha questões relativas à utilização dos indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde, como: registro das atividades diárias, indicadores do SIAB mais utilizados, uso dos indicadores do SIAB no planejamento das ações locais, retorno das informações às equipes da

ESF, sugestões. O roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se no Apêndice B.

As entrevistas tiveram duração entre 20 a 55 minutos de gravação, de acordo com as circunstâncias nas quais se encontravam os participantes, como também, a afinidade que apresentava sobre o tema. Quatro entrevistas foram realizadas no CS, uma no hospital universitário, uma num hospital privado e outras duas na residência do entrevistado. A data, o horário e o local das entrevistas foram escolhidos conforme a disponibilidade e a preferência do entrevistado.

Como auxílio à realização das entrevistas, foi utilizado um aparelho de gravação de áudio com o intuito de resgatar o máximo de dados obtidos através da fala dos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise e comparação de dados. Cada entrevista foi marcada com antecedência, no dia e horário sugeridos pelo profissional, garantindo assim, o máximo de conforto ao participante.

A observação não-participante foi realizada na reunião mensal CS, com o intuito de resgatar a realidade vivenciada pelos participantes, referente ao uso dos indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde. Para o registro dos dados, foi utilizado um instrumento que continha questões a serem observadas, como: a utilização de informações no planejamento das ações locais em saúde, o retorno das informações às equipes da ESF, as orientações à equipe da ESF sobre a coleta e o registro dos dados do SIAB. O roteiro da observação não-participante encontra-se no Apêndice C.

Foram realizados quatro períodos de observação não-participante. Optou-se por observar as reuniões mensais dos CS, nas quais o enfermeiro entrevistado estivesse presente. O propósito era captar o desenvolvimento e atuação dos enfermeiros após as entrevistas, visando a observar como os mesmos trabalhavam o uso do SIAB no planejamento das ações locais em saúde. Os entrevistados julgavam que o aproveitamento do pesquisador seria maior se fosse desenvolvido durante as reuniões mensais, pois estas aconteciam com a presença de todos os profissionais do CS, em que eram abordados temas relacionados ao planejamento mensal do CS. As observações tiveram duração variável, geralmente de 3 a 4 horas, totalizando 10 horas de observação das reuniões mensais.

Com o objetivo de garantir a fidedignidade às informações fornecidas pelos participantes do estudo, foi explicado o objetivo do mesmo e solicitado a cada entrevistado a autorização para gravação das entrevistas para posterior transcrição. Antes de iniciar as entrevistas, pediu-se a assinatura de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada participante, sendo-lhe garantido o sigilo absoluto acerca das informações prestadas (Apêndice D). Uma cópia do TCLE foi fornecida ao participante, sendo a outra cópia, arquivado com outros documentos da pesquisa.

4.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O estudo caracteriza-se por utilizar evidências qualitativas, como a pesquisa bibliográfica e documental, a entrevista semiestruturada, e a observação não-participante. O objetivo foi coletar o máximo de informações referentes aos casos para então realizar a triangulação dos dados.

Para a etapa de análise dos dados, utilizou-se o *software* NVIVO8® para melhor estruturar os dados qualitativos, devido à disponibilidade de experiência prévia no Grupo de Pesquisa GEPADES. Após a realização e transcrição das entrevistas, o conteúdo foi inserido no *software*, permitindo a organização e classificação das informações coletadas.

A síntese cruzada dos dados é uma técnica de análise de dados dos estudos de caso único ou múltiplos, na qual se busca totalizar as descobertas ao longo da série dos casos estudados. A análise inicia com a estruturação dos dados em tabelas para organização das informações, posteriormente, é sondado se os grupos dos diferentes casos compartilham similaridades (YIN, 2010). Considerando que os dados encontrados apresentavam similaridades e tornavam-nos com características relativamente homogêneas, utilizou-se, em seguida, a técnica de análise de conteúdo, seguindo as considerações de Creswell (2010).

A análise de conteúdo dos dados qualitativos, referente às entrevistas e às observações, foi desenvolvida através da análise temática por subcategorias e categoria dos dados relativos aos temas sugeridos, resultando na classificação progressiva dos elementos da pesquisa, em seis etapas, descritas a seguir (CRESWELL, 2010, p. 194):
Passo 1: organização e preparo dos dados para análise;

- Passo 2: leitura aprofundada dos dados para obter um sentido geral das informações;
- Passo 3: desenvolvimento da análise detalhada através da codificação dos dados e organização das informações em grupos;
- Passo 4: descrição dos dados através de categorias ou temas para análise, gerando múltiplas perspectivas das informações;
- Passo 5: desenvolvimento de uma discussão detalhada dos temas;
- Passo 6: desenvolvimento de uma interpretação através da extração do significado dos dados.

Na etapa seguinte, realizou-se a triangulação de dados, em que ocorreu a comparação de todas as fontes de informações de cada caso estudado. Na pesquisa, a triangulação dos dados foi realizada através das informações obtidas na pesquisa bibliográfica e documental, nas entrevistas e na observação. Foi selecionada a estratégia de triangulação concomitante, na qual o pesquisador busca confirmar proposições, realizar a validação cruzada dos dados ou corroborar resultados dentro do mesmo estudo (CRESWELL, 2010). Os resultados dessa interpretação serviram de base para a análise comparativa de todos os casos estudados, culminando com a discussão do problema em estudo e a elaboração das conclusões e contribuições para estudos futuros.

No primeiro artigo emergiram três categorias e cinco subcategorias: Indicadores de saúde utilizados na ESF; Informação em saúde e Críticas ao SIAB. As respectivas subcategorias são: Utilização e importância do SIAB no cotidiano da equipe de saúde; Indicadores de saúde utilizados pelo enfermeiro da ESF; Buscando dados de qualidade; Avaliação do SIAB e Sugestões para melhoria do instrumento.

No segundo artigo concluíram-se quatro categorias: Planejamento em saúde; Trabalho em grupo; O PMAQ e a sua influência no planejamento da equipe de saúde e Vínculo com a comunidade. Assim como quatro subcategorias: Planejamento das ações com o uso do SIAB; Planejando ações em equipe; União das equipes de saúde e Trabalho desenvolvido com os Agentes Comunitários de Saúde.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos abordados na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 1996), foram respeitados em todas as fases de execução do estudo, incorporados, sob a óptica do indivíduo e das coletividades, os princípios básicos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O estudo passou pela apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o número 146.152 (Anexo A). O sigilo e anonimato dos participantes foram garantidos a partir TCLE.

No primeiro encontro com os participantes, a proposta de pesquisa foi apresentada juntamente com a leitura do TCLE aos sujeitos. Para garantia do sigilo das informações e anonimato dos participantes, os sujeitos envolvidos no estudo foram identificados pela letra “E” de enfermeiros, seguidos por uma numeração ascendente. Assegurou-se o direito à livre participação no estudo, sendo os dados coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, mediante suas assinaturas no TCLE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa estão organizados na forma de dois artigos, conforme estabelece a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de Junho de 2011, que dispõe sobre a elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem.

Inicialmente, procedeu-se a síntese cruzada dos dados, a fim de organizar as informações e localizar similaridades nos casos estudados; e de caracterizar os participantes do estudo, com o intuito de descrever os enfermeiros que participaram dessa pesquisa.

Em seguida, apresentam-se os dois manuscritos, que contêm temas distintos, resultantes da análise do conteúdo dos dados coletados. O manuscrito 1 buscou analisar, sob a ótica dos enfermeiros, a utilização dos indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde. No manuscrito 2, abordou-se a visão do enfermeiro sobre o planejamento das ações locais em saúde desenvolvido pela equipe da ESF.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Dos oito enfermeiros entrevistados, um era do sexo masculino e sete do sexo feminino, com faixa etária entre 29 e 45 anos de idade. Eles são graduados em Enfermagem com variação de 3 a 25 anos, e com tempo de atuação como enfermeiro da ESF de 2 a 6 anos.

Quanto à realização de cursos de pós-graduação, seis enfermeiros possuíam especialização, um possuía especialização e, também, mestrado; e outro realizou residência e cursava mestrado na época em que os dados foram coletados. Em relação ao tipo de especialização, quatro enfermeiros realizaram especialização em saúde da família e comunidade.

Esse fato demonstra o interesse do profissional por aprofundar questões do ambiente de trabalho relacionado à atenção básica de saúde. Os outros cursos de especialização eram de temáticas diversas, como: gestão, sistemas e serviço de saúde; enfermagem do trabalho, auditoria em sistemas de saúde e administração dos serviços de saúde; saúde da mulher e obstetrícia; saúde pública e cardiologia.

5.2 SÍNTESE CRUZADA DOS CASOS

Os oito casos mostraram-se homogêneos, tornando possível observar similaridades na fala dos participantes e nas observações realizadas nos CS. Foi comum o uso do SIAB, assim como o desenvolvimento e utilização de fontes paralelas e concomitantes, com o sentido de obter dados de qualidade. O planejamento em saúde é realizado pela equipe interdisciplinar com o uso do SIAB e as demais fontes de informação. Outra similaridade consistiu na união das equipes e o vínculo com a comunidade. A seguir, apresentam-se as sínteses dos casos estudados e suas principais características.

5.2.1 Caso 1: CS A - E1

População que atende: 3.425 habitantes

Distrito Sanitário: Sul

Número de equipes da ESF: 1

Número de profissionais: 17

Tempo neste cargo: 6 anos

Síntese: Anteriormente, os dados não eram utilizados e a equipe não fazia uso do SIAB para planejar as ações em saúde. Utiliza fontes de dados próprias (fichas manuais) desenvolvidas pela equipe de saúde. Procura aprofundar dados que o SIAB não aborda. Acredita que o PMAQ ajuda a organizar o planejamento no CS. Estimula os profissionais a trabalharem em equipe. Costuma trocar informações com os ACS. Sentia dificuldade para reunir a equipe. Procura alimentar as fontes de dados com informações atualizadas. Reunia as informações para serem discutidas com a equipe durante as reuniões. Acredita que o SIAB é um SIS importante, porém é um dado pontual que limita a assistência dos profissionais. Utiliza os indicadores de hipertensão, diabetes, gestação, gestante e da criança. Tuberculose esporadicamente e Hanseníase não houve nenhum caso no tempo em que atuava no CS. Utiliza, também, o número de famílias cadastradas e visitas realizadas pelo ACS. Acredita que o SIAB deveria acrescentar a ficha do idoso, incluir os problemas psicológicos, que acometem a sociedade, álcool e drogas, pacientes psiquiátrico e em uso de benzodiazepínicos. O planejamento é realizado durante as reuniões semanais, nas quais os profissionais trocam experiências e planejam as ações em conjunto.

5.2.2 Caso 2: CS B - E2

População que atende: 3.314 habitantes

Distrito Sanitário: Sul

Número de equipes da ESF: 4

Número de profissionais: 40

Tempo neste cargo: 5 anos

Síntese: Utiliza o Excel para registrar informações sobre a comunidade atendida. Procura aprofundar dados não contemplados no SIAB. Utiliza informações do INFOSAÚDE e SIAB. Os dados mais utilizados são: gestantes, crianças, nascidos vivos, internação hospitalar, hipertensos, diabéticos, tuberculose e as visitas realizadas pelos ACS. Acha o SIAB restrito, necessitando ser mais amplo para abranger um número maior de informações. Gestantes e crianças são os dados mais utilizados. Realiza planejamento das ações e discussão dos casos com a presença dos profissionais da equipe de saúde. O planejamento das ações é realizado tanto nas reuniões semanais de equipe quanto na reunião mensal do CS. Utilizam o Google Talk para trocar informações entre a equipe. Ressalta que o vínculo com a comunidade é o maior mérito que a equipe possui. A interconsulta é uma atividade muito realizada entre o médico e a enfermeira.

5.2.3 Caso 3: CS C - E3

População que atende: 2.403 habitantes

Distrito Sanitário: Leste

Número de equipes da ESF: 6

Número de profissionais: 71

Tempo neste cargo: 2 anos

Síntese: Realizava listagens paralelas e concomitantes, cadastrando a população para conhecer a comunidade e atualizar as informações. Sendo assim, observa-se que já existiam dados coletados para o PMAQ. Fazia uso do SIAB para planejar as ações em equipe. Revela que os grupos são as ações realizadas com frequência no CS. Costumava discutir os casos com os demais enfermeiros do CS. Acompanhava a atualização dos dados do SIAB mensalmente. Revela que o indicador mais utilizado era número de famílias cadastradas, gestantes, diabéticos, crianças e tuberculose. Acredita que o SIAB é uma boa ferramenta de trabalho, entretanto precisa modificar e melhorar suas informações. A

interconsulta era uma prática frequente entre o médico e a enfermeira. Era realizado o planejamento geral do CS com a presença e colaboração de todos os profissionais e o planejamento por equipe de saúde. Eram programadas, também, ações semanais de curto prazo. Havia fluxo contínuo de informações e retorno aos demais profissionais da equipe. Revela união da equipe e vínculo com a comunidade.

5.2.4 Caso 4: CS C - E4

População que atende: 2.735 habitantes

Distrito Sanitário: Leste

Número de equipes da ESF: 6

Número de profissionais: 71

Tempo neste cargo: 6 anos

Síntese: Faz uso do INFOSÁUDE e do SIAB para orientar as ações e programar estratégias com a equipe multiprofissional. Destaca que o SIAB norteia o trabalho dos profissionais da saúde, sendo uma importante ferramenta de vigilância em saúde. Entretanto, é limitado por abranger um número pequeno de marcadores. Utiliza muito os indicadores de criança, gestante, hipertensos, diabetes, pessoas portadoras de tuberculose. Revela acompanhar de perto o trabalho dos ACS, fazendo com que eles entendam e colaborem com o trabalho desenvolvido no CS. Há as reuniões semanais de equipe para desenvolver ações a curto prazo e a reunião mensal do CS para o planejamento da unidade como um todo. Procura planejar ações em sintonia com as outras equipes de saúde. Revela que as ações mais realizadas são os grupos.

5.2.5 Caso 5: CS C - E5

População que atende: 2.254 habitantes

Distrito Sanitário: Leste

Número de equipes da ESF: 6

Número de profissionais: 71

Tempo neste cargo: 4 anos

Síntese: Relata que o problema é coletar os dados do SIAB. Sentia-se insegura quanto à veracidade das informações apresentadas por outros profissionais e por isso resolveu desenvolver tabelas como um controle à arte dos dados. Costumava comparar as informações do SIAB com as fontes de dados paralelas, assim como confirmar os dados trazidos pelo ACS. Essas informações adicionais eram de uso comum da equipe de

saúde, ficando disponíveis para todos os profissionais. Relata um relacionamento estreito entre o enfermeiro e o ACS. O SIAB é muito utilizado o planejamento de equipe e anual do CS. Muitas estratégias são planejamento com as lideranças do bairro. Os indicadores do SIAB mais utilizados são hipertensos, diabéticos, gestante e criança. Procurava manter os dados atualizados para planejar as ações de saúde e trabalhar as informações com os ACS. Relata vínculo com a comunidade e união dos profissionais da equipe de saúde. As reuniões mensais são espaços para compartilhar informações e discutir questões da unidade como um todo. As reuniões semanais são para compartilhar e discutir casos clínicos com os profissionais da equipe. As fontes de dados paralelas contribuíram para a organização das informações coletadas pelo PMAQ. Em ambos os espaços, a estratégias são discutidas em conjunto.

5.2.6 Caso 6: CS D - E6

População que atende: 2.400 habitantes

Distrito Sanitário: Leste

Número de equipes da ESF: 3

Número de profissionais: 27

Tempo neste cargo: 6 anos

Síntese: O INFOSAÚDE e o SIAB são muito utilizados no atendimento à população. Possui uma relação estreita com o ACS. Os grupos são as atividades mais planejadas com o uso do SIAB. As estratégias são voltadas para todas as equipes do CS. Gestantes e crianças são os marcadores mais utilizados pela equipe de saúde. Acredita que o SIAB é um SIS básico para a atenção primária, entretanto deveria contemplar outros dados, regionalizando as informações. O planejamento das ações é realizado com a participação de todos os profissionais, buscando atender à comunidade de todas as áreas de abrangência. Procurava analisar os dados e comunicar os ACS caso identificasse incompatibilidade das informações. Nas reuniões semanais, há espaços para discussão de casos entre a equipe e programas da área de abrangência. Nas reuniões mensais, são relatados problemas pontuais do funcionamento do CS.

5.2.7 Caso 7: CS E - E7

População que atende: 2.244 habitantes

Distrito Sanitário: Continente

Número de equipes da ESF: 3

Número de profissionais: 30

Tempo neste cargo: 3 anos

Síntese: O SIAB e o INFOSAÚDE são os SIS mais utilizados. As ações são planejadas em equipe e, geralmente, estendidas às outras equipes do CS. Há união das equipes. Revela que desenvolve controle das informações do SIAB em fontes paralelas para complementar e comparar os dados. O PMAQ auxiliou o planejamento desenvolvido no CS. Grupos de atenção aos marcadores são atividades desenvolvidas frequentemente pela equipe de saúde. Gestantes, criança, diabetes, hipertensão e tuberculose são os indicadores mais utilizados. Acha o SIAB um bom instrumento para conhecer a população, entretanto encontra problemas para captar as informações. Procura acompanhar de perto o trabalho dos ACS. Relata que o CS possui problemas com recursos humanos e físicos. As reuniões semanais são mais informais sendo discutidos problemas que surgem com a demanda. Há união dos profissionais da equipe.

5.2.8 Caso 8: CS F - E8

População que atende: 4.613 habitantes

Distrito Sanitário: Centro

Número de equipes da ESF: 4

Número de profissionais: 36

Tempo neste cargo: 6 anos

Síntese: As reuniões semanais acontecem para programar estratégias de curto prazo e que surgem de acordo com a demanda. Os grupos e as campanhas de vacina são as atividades mais planejadas pelas equipes do CS. Relata utilizar o SIAB e o INFOSAÚDE para planejar ações na comunidade. Acha o SIAB um bom SIS, embora tenha informações que deveriam ser adaptadas à realidade de cada região. O planejamento das ações é realizado de acordo com a necessidade de cada equipe de saúde. Procura desenvolver ações em parceria com as lideranças do bairro e de acordo com a demanda. Relata a dificuldade em manter os dados atualizados devido á falta de ACS para cobrir as micro-áreas descobertas. Já possui dados coletados para o PMAQ devido a utilização de fontes de dados paralelas e concomitantes ao SIAB.

5.3 MANUSCRITO 1 - O SIAB NO COTIDIANO DAS ATIVIDADES DA ESF: A VISÃO DOS ENFERMEIROS

O SIAB NO COTIDIANO DAS ATIVIDADES DA ESF: A VISÃO DOS ENFERMEIROS¹

Monique Haenske Senna²
Selma Regina de Andrade³

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar a utilização dos indicadores de saúde do SIAB pelos enfermeiros da ESF no planejamento das ações locais em saúde, considerando as equipes com melhor classificação de desempenho da atenção básica. A metodologia adotada foi o estudo de casos múltiplos, em que foram entrevistados oito enfermeiros das equipes da ESF com classificação de desempenho ótimo no PMAQ. Os dados coletados na pesquisa documental e bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação não-participante foram trabalhados segundo análise temática, na qual emergiram três categorias: Indicadores de saúde utilizados na ESF; Informação em saúde e Críticas ao SIAB. Foi possível concluir que os enfermeiros das equipes que receberam desempenho ótimo no PMAQ utilizam os indicadores do SIAB no cotidiano de trabalho da ESF. Eles apontam o SIAB como uma importante ferramenta de gestão, entretanto, a equipe de saúde utiliza

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “O uso do Sistema de Informação da Atenção Básica pelos enfermeiros no planejamento local em saúde”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2013.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Saúde e Enfermagem (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: moniquehsenna@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do GEPADES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: selma.regina@ufsc.br

outras fontes de dados para complementar as informações em saúde. Para eles, o instrumento é restrito e limitado, pois necessita ampliar as informações referentes aos indicadores de saúde e tornar o instrumento regionalizado para melhor atender à comunidade.

Descritores: Indicadores Básicos de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Centro de saúde, Sistemas de Informação, Saúde da Família, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como princípio atuar na atenção primária à saúde de forma integral e contínua através de equipes multiprofissionais de saúde que desenvolvem o atendimento no centro de saúde (CS), nos domicílios e na própria comunidade. A ESF busca ampliar o desenvolvimento de uma abordagem voltada para a família e a comunidade, inseridas em seu contexto com a contribuição de profissionais de diversas áreas de atenção. Suas diretrizes coordenam um modelo de atenção baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a equidade, integralidade, resolutividade, regionalização e participação popular (COSTA; MIRANDA, 2008; BACKES et al., 2012; ADDUM et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Na atenção, à saúde é importante conhecer as características da população onde se atua e os determinantes do processo saúde-doença com o propósito de estabelecer uma relação de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade. Para tanto, é necessário que a equipe esteja próxima à população, de modo a favorecer a troca de informações sobre a saúde individual e familiar. Esse novo modelo de atenção busca o desenvolvimento de ações humanizadas, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (ADDUM et al., 2011; RADIGONDA et al., 2010; ERMEL; FRACOLLI, 2006).

A ESF conta com mecanismos de registro das informações coletadas que propiciam elementos para análise da situação encontrada, em que o objetivo é auxiliar o planejamento das ações de saúde. Essas informações, quando interpretadas, geram conhecimento da situação sanitária, subsidiando as ações da equipe, bem como o planejamento local (ADDUM et al., 2011; THAINES et al., 2009; CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010).

A informação é uma ferramenta utilizada na administração e gerenciamento dos CS. Constitui-se numa rica fonte de dados para a definição de prioridades, realização do diagnóstico de saúde da área de abrangência, organização do trabalho, programação local, norteamo do planejamento e avaliação de ações em saúde. Os Sistemas de informação em Saúde (SIS) têm como uma de suas finalidades orientar o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas nas instituições de saúde (CARVALHO; EDUARDO, 1998; RADIGONDA et al., 2010).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um SIS que possui dados gerados pela equipe da ESF. O SIAB foi desenvolvido com o propósito de dar suporte operacional e gerencial à coleta de dados auxiliando o diagnóstico da situação de saúde de uma área de abrangência. É partir do SIAB, que a equipe de saúde da ESF elege ações prioritárias dirigidas às famílias, baseando-se nas necessidades dessa população (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

O SIAB caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica da comunidade, contribuindo com o monitoramento da saúde da população. É o principal instrumento de monitoramento da atenção básica por fazer uso de conceitos como territorialização, adscrição da população e trabalho de equipe multidisciplinar. Os dados fornecidos pelo SIAB mostram ao profissional de saúde onde há a necessidade de melhor trabalho pela equipe da ESF (MAIA et al., 2010).

O enfermeiro atuante na ESF destaca-se por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS. Considerando a atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde, é importante compreender a visão desse profissional sobre o uso do SIAB no cotidiano das atividades da ESF. Assim, entende-se a importância do papel do profissional de enfermagem para o uso dos indicadores de saúde do SIAB na ESF, tendo em vista a sua condição de coordenador da equipe de enfermagem e das ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; COSTA; MIRANDA, 2008).

Diante do exposto, questiona-se: como os enfermeiros da ESF utilizam os indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde? A partir disto, o estudo tem como objetivo analisar a utilização dos indicadores de saúde do SIAB pelos enfermeiros da ESF

no planejamento das ações locais em saúde, considerando as equipes com melhor classificação de desempenho da atenção básica.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que tem como estratégia metodológica o estudo de casos múltiplos. O estudo de caso preocupa-se em solucionar questões de pesquisa que ressaltam o “como” e o “por quê” através da utilização de diversas evidências (YIN, 2010; MAFFEZZOLLI; BOEHS, 2008). O estudo foi desenvolvido na capital de um Estado do sul do Brasil. Foram utilizadas as técnicas de pesquisa documental e bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação não-participante.

A seleção dos casos foi baseada na classificação de desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) de 2012. A partir de então, foram eleitos três critérios de inclusão: Equipes da ESF que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ; Equipes da ESF que atenderam aos indicadores selecionados do banco de dados do SIAB no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012; Equipes da ESF que possuísem informações 100% completas no banco do SIAB em todos os meses do recorte temporal.

Assim, das 115 equipes da ESF que atuam na SMS, 90 foram cadastradas no PMAQ, sendo que, destas, dezenove equipes da ESF receberam desempenho ótimo no PMAQ. Das dezenove equipes da ESF, uma não existia em 2010, não possuindo banco de dados para análise nesse período. Das dezoito equipes da ESF restantes, somente oito possuíam informações completas no banco de dados do SIAB em todos os meses de 2010 a 2012, utilizando como referencial os oito indicadores selecionados.

Para selecionar as equipes através do banco de dados do SIAB, optamos analisar oito indicadores do SIAB, que julgamos receber maior atenção por parte dos profissionais de saúde, buscando manter uma relação entre eles e com as ações de saúde planejadas pela equipe da ESF: Total de famílias cadastradas na microárea; Total de visita domiciliar - ACS; Gestantes cadastrada na microárea; Gestantes acompanhadas na microárea; Diabéticos cadastrados; Diabéticos acompanhados; Hipertensos cadastrados; Hipertensos acompanhados.

A amostra final resultou em oito equipes da ESF, que atenderam aos três critérios de inclusão. As oito equipes da ESF (enumeradas de 1 a 8) estão distribuídas em seis CS (denominados de A a F), visando preservar o anonimato dos participantes. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2013.

Foram realizadas oito entrevistas e quatro períodos de observação não-participante. Optou-se por observar as reuniões mensais dos CS, nas quais o enfermeiro entrevistado estivesse presente. A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o nº 146.152.

A análise de conteúdo dos dados qualitativos, referente às entrevistas e às observações, foi desenvolvida através da análise temática por subcategorias e categoria dos dados relativos aos temas sugeridos, resultando na classificação progressiva dos elementos da pesquisa (CRESWELL, 2010). Para melhor estruturar os dados qualitativos, utilizou-se o *software* NVIVO8®. Na etapa final, concluíram-se as categorias: Indicadores de saúde utilizados na ESF; Informação em saúde e Críticas ao SIAB. Cada categoria possui suas respectivas subcategorias que serão identificadas ao longo do texto.

RESULTADOS

INDICADORES DE SAÚDE UTILIZADOS NA ESF

Utilização e importância do SIAB no cotidiano da equipe de saúde

Segundo os dados analisados, os enfermeiros das oito equipes (100%) revelaram fazer uso do SIAB para acompanhar a situação de saúde da comunidade como também no planejamento das ações locais. De acordo com alguns depoimentos, eles acreditam que o SIAB é uma ferramenta de grande valor para o desenvolvimento das atividades diárias; que, muitas vezes, norteia o trabalho do enfermeiro. As equipes reconhecem a importância do SIAB nas atividades desenvolvidas no CS, pois este SIS abrange informações importantes para caracterização da situação de saúde população atendida. O fato do SIAB abordar os principais marcadores que o Ministério da Saúde preconizados para a

ESF, auxilia o acompanhamento e a atualização constante por parte da equipe dos dados repassados ao SIAB.

O SIAB é um dado importante que nunca pode ser abandonado. Sempre trabalhamos com o SIAB. (E1)

Eu procuro utilizá-lo sempre. O SIAB norteia-nos! (E4)

Os dados do SIAB eram muito importantes, são marcadores que a gente precisa trabalhar. (E5)

O SIAB são dados muito importantes que norteiam o nosso planejamento, sem eles a gente fica fazendo ações esporádicas e não atende a coletividade como um todo. (E6)

Indicadores de saúde utilizados pelo enfermeiro da ESF

Após a análise dos dados, verificamos que os enfermeiros das oito equipes (100%) citaram os indicadores de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos como dados mais utilizados pelos enfermeiros da ESF. Três enfermeiros (37,5%) citaram a tuberculose como um indicador de saúde utilizado para monitorar a população. Dois enfermeiros (25%) revelaram monitorar o número de famílias cadastradas, outros dois entrevistados (25%) revelaram acompanhar o número de visitas realizadas pelos ACS. Dessa forma, como dois enfermeiros (25%) citaram o número de internações e outros dois participantes (25%) o número de nascidos vivos. Essa revelação confirma a escolha dos oito indicadores utilizados para selecionar as equipes do estudo. São indicadores do SIAB que recebem maior atenção por parte dos profissionais de saúde, buscando manter uma relação entre eles e as ações de saúde planejadas pela equipe da ESF. As doenças ditas como marcadores principais, são de grande preocupação dos profissionais da ESF, pois acometem uma grande parte da população, necessitando de uma interação e acompanhamento maior com as ações desenvolvidas na comunidade.

Os marcadores que a gente mais trabalhava era hipertensão, diabetes, gestação e da criança. (E1)

Gestantes, crianças, nascidos vivos, a questão de internação e hipertensos e diabéticos, tuberculose também. E por fim, a gente acaba visualizando as visitas realizadas pelos ACS. (E2)

Do SIAB é mais hipertensos, diabéticos e gestante. (EQ5)

Nós estamos sempre acompanhando diabético, hipertenso, tuberculose, criança, gestantes, todos são utilizados. (E8)

Das entrevistas analisadas, um enfermeiro (12,5%) revelou não ter tido caso de tuberculose no CS, outro participante (12,5%) revelou ter tido um caso de tuberculose no tempo em que atuava na ESF e dois enfermeiros (25%) referiram ter casos de tuberculose na comunidade a que atende, utilizando esse indicador esporadicamente. Com relação à Hanseníase, três entrevistados (37,5%) relataram não ter nenhum caso na população e outros dois (25%) apontaram não ter casos de Hanseníase há muitos anos. Esses dados concordam com o que visualizamos na prática da atenção básica, pois são doenças mais controlas, não necessitando de um olhar mais apurado dos profissionais, pois os casos ocorrem raramente.

Tuberculose a gente tinha esporadicamente, às vezes um caso por ano, no máximo dois. Hanseníase a gente não teve nenhum caso no tempo que eu estou no CS. (E1)

Pessoas portadoras de tuberculose e hanseníase, mas eu não tenho lá na minha área. (E4)

Hanseníase nunca teve um caso na unidade e tuberculose tem poucos. (E5)

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Buscando dados de qualidade

Os dados mostraram que sete entrevistados (87,5%) apresentaram dúvidas em relação à qualidade dos dados coletados e repassados pelos ACS. Os enfermeiros demonstram insegurança quanto à veracidade das informações, pois estas são coletadas por outro profissional. Apesar de realizar um trabalho em conjunto com os outros profissionais da equipe da ESF e os ACS, os enfermeiros sentiram a necessidade de ter mais controle sobre as informações do estado de saúde da comunidade, realizando o registro em outras fontes de dados além do SIAB. Muitos participantes relataram que alimentavam mensalmente o SIAB, porém aprofundavam esses dados fazendo registro em outras fontes. Um fato interessante a ser destacado, é que para os enfermeiros, o planejamento das ações de saúde depende da alimentação e atualização do seu banco de dados. Quatro participantes (50%) relataram a dificuldade em manter os dados atualizados pela mudança constante na população e, também, pela falta de ACS, deixando muitas áreas descobertas. O fato gera uma lacuna grande na coleta dos dados, pois não há profissional para cadastrar e acompanhar a demanda e no registro das informações, o que torna o dado impreciso e duvidoso.

Eu não me sentia segura com os dados que eu tinha. [...] É um número que eu não me sentia segura, não sou eu que estou vendo esse número. (E5)

Se eu for colocar aquilo transcrito, não discutir e mandar assim, às vezes vai com um dado muito ruim. [...] Tem que prestar atenção, porque se você simplesmente transcrever sem analisar, os teus dados podem estar errados. (E6)

O problema é captar esses dados do SIAB. Acreditar nas informações que eles estão me trazendo. [...] Essa é a nossa maior dificuldade, ser fidedigno ao SIAB e poder acreditar nele. (E7)

Nosso principal problema é o numero de áreas descobertas que prejudica fazer qualquer planejamento. Isto prejudica os dados fiéis e atualizados. [...] Com as áreas descobertas, os dados, as informações ficam duvidosas. (E8)

Seis enfermeiros (75%) referem trabalhar com dados que o SIAB não aborda, sendo que destes, cinco profissionais (62,5%) relataram utilizar fontes de dados próprias para acompanhar doenças que não são registradas no SIAB. Esses enfermeiros observaram que a comunidade sofria de outras doenças que o SIAB não aborda, com isso resolveram utilizar as fichas de uso próprio para registrar estas informações e poder acompanhar o desenvolvimento dessas doenças. A ação contribui para tornar mais adequado o atendimento às necessidades da comunidade, como também para aprofundar as informações coletadas no SIAB.

Muitas vezes era a própria hipertensão, diabetes, mas outras vezes era depressão, ou o uso de drogas, que incluía o álcool as outras drogas ilícitas. Coisas que o SIAB ainda não trabalha e que a gente tem a necessidade de trabalhar na nossa comunidade. (E1)

Esses são os marcadores básicos que tem no SIAB, agora nós tínhamos outros que a gente utilizava para nosso conhecimento. Eu tinha registrado as pessoas que tinham HIV positivo, que era os que a gente tinha que ter um controle maior e, principalmente, os que

faziam uso de medicação controlada ou que estavam em controle com o psiquiatra. (E5)

O nosso problema maior eram os casos de obesidade infantil, coisas que não tem nem no SIAB, mas a gente tentava procurar porque eram nossos problemas. (E6)

No caso do preventivo que é do câncer de colo de útero, ele não está no SIAB, mas é um dado que nós trabalhamos. (E7)

Cinco entrevistados (62,5%) relataram realizar o registro das informações em uma fonte de dados paralela ao SIAB a fim de obter maior fidedignidade das informações referentes à comunidade. O fato gera mais segurança ao profissional que “controla” os dados através de fontes próprias, registrando informações manualmente em ou no computador. Os enfermeiros aproveitaram essa ação para aprofundar e suas listagens dados que o SIAB não aborda, beneficiando assim, as informações em saúde da população atendida. Foi relatado, também, que os enfermeiros costumavam comparar os dados do SIAB com as fontes paralelas de eles alimentavam, a fim de atualizar os dados e buscar uma lacuna no preenchimento das informações.

Eu não me sentia segura, então eu comecei a fazer as listagens. [...] Desde que eu entrei eu faço tudo manual, todas as listagens, os controles, é tudo manual, é tudo pelo Excel. Eu faço as tabelas, os cálculos todos pelo Excel, eu tinha um controle a parte. (E5)

A gente pega os indicadores do SIAB e o nosso controle, então nós fazemos um comparativo. [...] Depois que a gente fez todo esse trabalho, a maior parte dos nossos dados começou a fechar, começou a bater. [...] Nós começamos a comparar um com outro e aí começou a melhorar, os números começaram

a fechar. O SIAB começou a ficar mais fidedigno. (E5)

Além de puxar o relatório do INFOSAÚDE, eu confiro com as minhas anotações que e eu faço no Excel. É assim com todos os indicadores. Eu faço uma tabela para registrar esses marcadores e eu já passo para outras fontes de dados. Aquilo que a gente vai atendendo, nós já vamos colocando nas nossas tabelas, nas nossas listas. (E7)

CRÍTICAS AO SIAB

Avaliação do SIAB

Quando questionados sobre a avaliação do SIAB, os enfermeiros das oito equipes (100%) acham o SIAB é uma boa ferramenta de trabalho, acreditando ser um instrumento importante para o cadastramento e acompanhamento das condições de saúde da comunidade. Entretanto, a maioria dos os entrevistados complementa a avaliação, apontando o SIAB como um instrumento limitado e restrito, pois ele não abrange todas as faixas etárias, e também não contempla todas as doenças que afligem a população. Não há espaço para adicionar outras doenças, nem como aprofundar alguns dados caso seja necessário.

O SIAB é dado pontual, ele limita a tua assistência naqueles marcadores, mas a gente não pode deixar de utilizar aqueles dados. [...] Sobre o SIAB eu só tenho a dizer que ele é limitado, mas que a gente tem que ir um pouco além para poder ampliar. (E1)

Faltam dados. Você viu na minha planilha coisas que eu anotei que são importantes, mas que não tem no SIAB. Ele é muito

restrito. Ele é muito restrito ao ACS, enfermeiro e ao médico. Não está incluído o técnico de enfermagem, não está incluída a parte da odontologia, não está incluído o pessoal do NASF. Deveria estar mais amplo, pra ser um sistema de informação mesmo porque só com aqueles dados está muito restrito. (E2)

Eu acho o SIAB limitado. A minha crítica é que são poucos marcadores, são quatro principais, mas poderia ter muito mais outros. [...] Realmente, ele satisfaz, mas eu acho que poderia ser mais amplo. É como eu te falei, é um sistema bom, mas acho que poderia melhorar um pouco. (E4)

Mas a gente não trabalhava só em cima desses dados porque é muito resumido e um pouco limitado. Agora quando você trabalha aquilo e mais um pouco, tu já vai vendo que está bem, bem trabalhado, bem embasado. A gente deve trabalhar aquilo e mais um pouco pra ser bem completo. [...] O SIAB são dados que abrangem todo o Brasil, então dependendo da situação ele é bem completo, dependendo ele é bem incompleto. Ele é útil, não vou dizer que não é, mas eu acho que ele poderia ser mais completo, mas mais acessível. (E6)

Sugestões para melhoria do instrumento

Setes participantes (87,5%) relataram que o SIAB deveria ser mais amplo, abrangendo um maior número de dados e informações da comunidade. Uma das sugestões seria tornar o instrumento mais regionalizado, direcionado para os problemas de cada Estado ou região. Outra sugestão apontada é que o SIAB deveria contemplar dados de todos os profissionais que atuam na ESF, inclusive odontologia, assistência social, etc.

Incluir a ficha do idoso, incluir os problemas psicológicos que acometem a sociedade, álcool e drogas. Nós não temos as fichas de pacientes psiquiátricos, pacientes em uso de benzodiazepínicos. (E1)

Ele poderia ser mais amplo. A parte de saúde bucal não está incluída, deveria ter mais parte de assistente social, quem são as famílias que estão em risco de vulnerabilidade social. Deveria estar mais amplo. (E2)

Ampliar os indicadores é o que eu acho fundamental. Por exemplo, o indicador de saúde mental. Poderia ter quantas pessoas tem sofrimento psíquico tua área, poderia se pensar quantas usam medicamentos psicotrópicos. A própria ficha cadastral poderia melhorar. (E4)

As crianças, por exemplo, de dois a cinco anos já não entra mais no SIAB. É só até dois anos. Eu acho que é uma faixa etária de criança importante. [...] É bem restrito. Ele deveria ser mais regionalizado. (E8)

DISCUSSÃO

O SIAB é um sistema de informação com dados gerados pela equipe multiprofissional da ESF. Pode ser definido como uma ferramenta padrão de coleta de informações da população, possibilitando o conhecimento da realidade local e a identificação das necessidades de saúde das famílias. Este SIS foi desenvolvido com o propósito de dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados da ESF, auxiliando o processo de tomada de decisões. Para alguns autores, o SIAB é um requisito fundamental para a organização das

ações da equipe da ESF (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; BITTAR et al., 2009).

Apesar de reconhecer a importância do SIAB, um estudo realizado com cinco equipes de saúde de Ribeirão Preto (SP) evidencia que o SIAB é utilizado, pontualmente, para atualização de dados e produção de relatórios mensais e que apesar da possibilidade de oferecer suporte à equipe, muitas vezes não é utilizado pela equipe (BARBOSA; FORSTER, 2010). Outra pesquisa realizada por Marcolino (2010) constatou que a utilização do SIAB restringe-se ao cadastramento familiar e emissão de relatórios. As informações, geradas pelo SIAB sistema, não têm sido utilizadas para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas. No mesmo sentido, outro estudo apontou que os dados do SIAB não são utilizados para organização das práticas de trabalho. Este SIS principal instrumento informatizado de que dispõem; mas, basicamente, só o alimentam (BARBOSA, 2010).

Entretanto, os enfermeiros participantes desse estudo que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ, relataram utilizar o SIAB no cotidiano do trabalho, principalmente, no planejamento das ações e organização das atividades. Eles apontam o SIAB como um aliado da ESF por caracterizar a comunidade e abordar muitos marcadores preconizados pelo Ministério da Saúde. Em seus depoimentos, eles se referem ao SIAB como um instrumento básico no seu dia a dia por nortear o trabalho do enfermeiro para o acompanhamento das condições de saúde da população. De forma semelhante, outra pesquisa, realizada com enfermeiros sobre o uso do SIAB, apontou que os dados coletados pelo SIAB possibilitam o direcionamento do processo de trabalho das equipes da ESF, confirmando a importância do instrumento para a organização do serviço através da identificação das necessidades da população (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO 2012).

Os entrevistados relataram que se sentem preocupados em preencher corretamente o SIAB a fim de alimentar o instrumento com dados de qualidade. Eles buscam utilizar todos os indicadores para conhecer as características da sua área de abrangência. A partir do momento que o profissional entende a finalidade do SIAB, utilizando-o no seu cotidiano, a importância de oferecer dados de qualidade ao instrumento ganha destaque no processo de trabalho da ESF. Os enfermeiros reconhecem a importância de obter dados reais e atualizados para conhecer os problemas que prevalecem entre as

famílias e, dessa forma, realizar o planejamento das ações de saúde. A informação pautada nos indicadores produzidos pelas equipes proporciona o desenho da realidade da população, viabilizando ações condizentes com as necessidades locorregionais (BARBOSA; FORSTER, 2010; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

De acordo com os depoimentos analisados, os indicadores mais utilizados no planejamento das ações locais são aqueles ditos como prioritários, como gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos. A utilização constante desses marcadores confirma-se por eles mostrarem informações referentes ao acompanhamento de grupos prioritários que devem ter acompanhamento frequente por parte da equipe da ESF, devendo ser visitados mensalmente. Outra questão que destaca a utilização desses indicadores é que eles estão relacionados a uma grande parte da população que frequenta o CS, sendo necessário um acompanhamento aproximado das condições de saúde (RADIGONDA et al., 2010; MARCOLINO; SCOCHI, 2010). Outros marcadores foram citados, como tuberculose e hanseníase. Entretanto, os enfermeiros relataram que utilizam esses indicadores com menos frequência, devido à escassez de casos na população da área de abrangência.

Os participantes revelaram terem dúvidas em relação à qualidade dos dados e a veracidade das informações trazidas pelos profissionais da equipe. Eles não se sentem seguros com os dados apresentados por outros profissionais devido a sua ausência no momento da coleta e registro dos dados. Para os entrevistados, uma questão que impede acreditar na veracidade das informações é a dificuldade em manter os dados atualizados mensalmente, já que a população da área de abrangência modifica-se constantemente. De acordo com os enfermeiros, essa questão agrava-se com a falta de ACS para cobrir as microáreas descobertas.

Os indicadores de saúde são instrumentos utilizados para definir parâmetros, realizar comparações e agregar juízo à situação de saúde encontrada. Para tanto, é necessário supervisionar a coleta e sistematização dos dados. O fato é relevante, visto que a falha na supervisão da coleta e registro dos dados compromete a confiabilidade das informações, prejudicando a qualidade dos dados e a análise da situação de saúde (LABBADIA et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010). O enfermeiro pode orientar a equipe de saúde em relação ao

levantamento dos dados e ao preenchimento adequado das fichas para garantir o repasse de informações fidedignas. É imprescindível trabalhar essa questão com todos os profissionais das equipes de saúde, a fim de mostrar a eles a importância que os indicadores têm na ESF e como a qualidade dos dados interfere nas ações de saúde planejadas (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; QUEIROGA et al., 2011).

Em seus depoimentos, os entrevistados afirmaram utilizar fontes de dados próprias e paralelas ao SIAB, no sentido aprofundar os dados e complementar as informações sobre a situação de saúde da população. Esses registros paralelos são de uso comum dentro do CS, sendo alimentados constantemente por todos os profissionais. É possível perceber durante as entrevistas que eles se sentem mais seguros com a qualidade das informações à medida que complementam os dados do SIAB com outras fontes. Um banco de dados disponível para todos os profissionais da equipe, além de aprimorar e ampliar o conhecimento de cada indivíduo contribui para a troca de informações e aumento do intelecto e conhecimento coletivo.

Em muitos momentos, o enfermeiro coloca-se como planejador das estratégias e gestor do conhecimento na equipe de saúde, sendo o SIAB uma valiosa ferramenta de gestão para o profissional que o utiliza em seu cotidiano. Convergindo com a Gestão do Conhecimento, o banco de dados do SIAB disponível para a equipe auxilia o fluxo de informações entre os profissionais, de modo a produzir conhecimento para a tomada de decisão e planejamento das estratégias de enfrentamento. É a transformação da informação em conhecimento e do conhecimento em ação. Essa prática exige a atuação coletiva da equipe de saúde onde o propósito é disseminar conhecimento visando à eficiência das ações e melhoria do atendimento à população. A base da organização do conhecimento é a gestão das informações, possibilitando a criação de significado, construção do conhecimento e tomada de decisão (REZENDE, 2002; CHOO, 2003; DUARTE; SILVA; COSTA, 2007).

O fato de ser um SIS de ordem nacional faz com que o SIAB torne-se um instrumento rígido para as diferentes regiões do país. Isso proporciona a aglomeração de dados de ordem nacional, mas que apresentam pendências para a realidade local. Apesar de ser um sistema criado para ser utilizado em todo o país, o SIAB não é uma ferramenta que deve ser utilizada isoladamente. Os dados obtidos com o SIAB são considerados insuficientes para uma análise apropriada da população. É

necessário que o profissional de saúde busque outras fontes de informações para complementar o SIAB. De forma semelhante, um estudo realizado em 2010 apontou que o principal SIS utilizado pelos entrevistados é o SIAB. Entretanto, os profissionais fazem uso de formas alternativas para incrementar os dados que não são contemplados pelo SIAB. Eles apresentam instrumentos de coleta próprios para algumas patologias prevalentes a fim de obter apoio no desenvolvimento de informações complementares para uma compreensão mais aproximada das necessidades da comunidade. A incorporação de outras fontes de informação é um fato interessante, pois demonstra interesse por parte dos profissionais em analisar em profundidade a situação de saúde das famílias, assim como, comprova que esses indicadores são fundamentais no desenvolvimento das ações dentro da ESF (BARBOSA; FORSTER, 2010).

As fontes de dados adicionais contribuem com a qualidade das informações, pois permitem a comparação entre as fontes de dados disponíveis. Isso ajuda a identificar falhas na coleta e registros dos dados. A ação foi relatada por muitos enfermeiros que procuravam sempre comparar os dados do SIAB com seus registros paralelos a fim de aumentar a qualidade das informações. Após a comparação das informações, a equipe decide que ações tomar para solucionar o problema encontrado.

Evidencia-se nos depoimentos dos enfermeiros com melhor classificação de desempenho no PMAQ, a insatisfação com relação à abrangência dos indicadores cadastrados no SIAB, pois os participantes relataram que sentem a necessidade de aprofundar os dados a fim de alcançar um número maior de informações referentes à população atendida pela ESF. Especificar informações e abranger os dados coletados é muito valioso quando se quer manter uma relação aproximada com o indivíduo e suas particularidades, proporcionando um vínculo com a comunidade e a regionalidade de área atendida.

Apesar de ser o principal instrumento de monitoramento da atenção básica e de agregar diversos indicadores, o SIAB é questionado quanto à suficiência dos dados que contempla. Além do conhecimento da situação de saúde, sociocultural e econômica local, são necessárias outras informações que são ausentes. Dados que não são abordados pelo instrumento devem ter sua importância revalidada, uma vez que

incorporar outros dados a este SIS confere mais precisão ao diagnóstico da situação de saúde local da comunidade a ser trabalhada (MAIA et al., 2010; BITTAR et al., 2009; RADIGONDA et al., 2010). Para os entrevistados, apesar do SIAB ser uma ferramenta de trabalho fundamental para a ESF, este SIS é limitado e restrito, pois contempla somente indicadores que o Ministério da Saúde preconiza, sem valorizar a individualidade e as necessidades de cada região. Muitos entrevistados referem utilizar o SIAB no seu dia a dia, porém apontaram algumas questões que deveriam ser repensadas e avaliadas para melhoria do instrumento.

O SIAB possui grande potencial para caracterizar a população na atenção básica, entretanto, deve passar por readequações para que sua utilidade seja ampliada, uma vez que o objetivo do instrumento é retratar a realidade local. O SIAB possui um número limitado de possibilidade de registro de doenças ou condições referidas codificadas nas fichas de coleta de dados. Este SIS não contempla algumas peculiaridades regionais que são importantes para o planejamento das ações, como o registro de algumas doenças como a dengue, obesidade, a depressão, o HIV, o alcoolismo e o uso de drogas. Entretanto, algumas doenças de menor prevalência, como a Malária, estão presentes (BARBOSA; FORSTER, 2010; RADIGONDA et al., 2010). Por tal razão, os participantes apontam algumas sugestões ao SIAB, como ampliar os indicadores para abranger uma faixa etária mais adequada da população e diversificar as doenças e morbidades que afligem a comunidade de acordo com cada região ou Estado. No município de estudo, os entrevistados sugerem incluir ficha do idoso, indicador de saúde mental, ampliação da faixa etária para crianças, entre outras. Essas propostas só fazem valorizar a importância das informações no cotidiano da ESF, pois ressalta a necessidade que o profissional tem de ter em mãos dados reais que correspondem à situação de saúde da população a que atende.

Muitos autores citam algumas propostas com o intuito de reformular o leque de opções disponíveis nessa ferramenta, de modo a ofertar com mais precisão o diagnóstico da situação de saúde local (RADIGONDA et al., 2010; BITTAR et al., 2009). Sendo assim, é importante adequar o instrumento de acordo com a realidade local, incluir dados sobre vigilância ambiental, acrescentar espaço para registrar outras atividades desenvolvidas, doenças regionais, características socioeconômicas, rever os intervalos das faixas etárias.

Pode-se concluir que há possibilidades de readequar o instrumento de coleta de dados do SIAB para que a sua utilidade seja ampliada, de modo a facilitar a tomada de decisão e o planejamento das ações de saúde voltadas à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SIAB é considerado uma ferramenta de gestão muito utilizada pelos enfermeiros das equipes que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ. Eles reconhecem a importância do SIAB no seu cotidiano, fazendo uso desse instrumento para realizar o diagnóstico da situação de saúde da comunidade e no planejamento das ações locais. Entretanto, apontam o SIAB como um instrumento restrito e limitado, pois sentem a necessidade de utilizar fontes de dados adicionais para complementar o SIAB e aprofundar dados que este SIS não aborda. Acreditam que o SIAB poderia ampliar o número de indicadores e tornar o instrumento mais regionalizado.

As oito equipes da ESF, que alcançaram a melhor classificação de desempenho no PMAQ, buscam manter a veracidade dos dados através da supervisão e acompanhamento do processamento das informações ofertadas ao SIAB. Assim, os profissionais conhecem melhor a realidade da população e conseguem desenvolver ações voltadas para as necessidades locais. Ressalta-se a importância da autoavaliação das equipes de saúde a fim de destacar o atuação de cada uma e apontar estratégias para o melhor desempenho das equipes.

Acredita-se que o SIAB é um SIS importante, que precisa ser alimentado com dados reais e atualizados de modo a fornecer informações, as quais se tornam conhecimento a partir do contexto em que estão inseridas. Nessa direção, é importante para o enfermeiro fazer uso deste instrumento no seu dia a dia para conhecer a população e propor estratégias de intervenção condizentes com a realidade das famílias.

É possível observar, nos casos estudados, o fluxo constante de informações e troca de conhecimento pela equipe de saúde, em que o SIAB é peça fundamental para disseminar o conhecimento e o crescimento intelectual coletivo na equipe interdisciplinar. A organização do conhecimento confirma-se na medida em que os

profissionais compartilham informações, produzindo conhecimento para estabelecer metas e ações visando à melhoria das condições de saúde da população.

A Gestão do Conhecimento implica produzir e disseminar o conhecimento entre os indivíduos, para isso, é necessário que os trabalhadores comprometam-se com os objetivos da instituição. Podemos concluir, que a Gestão do Conhecimento faz-se presente nas equipes desse estudo, razão pela qual receberam a mais alta classificação de desempenho no PMAQ. Além de produzirem conhecimento a partir da utilização do SIAB, os enfermeiros compartilham as informações e o conhecimento com a equipe multiprofissional, com o intuito de promover e restabelecer a saúde baseada nos princípios do SUS e da ESF.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A.; MARCHIORI, M. T.; KOERICH, M. S. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1151-1157, 2012.

BARBOSA, D. C. M; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010.

BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F.; ANDRADE, S. R. **Gestão e avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 6).

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **RENE**, v. 9, n. 2, p. 120-128, 2008.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: Senac, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, E. N.; SILVA, A. K. A.; COSTA, S. Q. Gestão da informação e do conhecimento: práticas de empresa “excelente em gestão empresarial” extensivas a unidades de informação. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 17, n.1, p. 97-107, 2007.

DUARTE, M. L. C.; TEDESCO, J. R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

LABBADIA, L. L.; INNOCENZO, M.; FOGLIANO, R. R. F.; SILVA, G. E. F.; QUEIROZ, R. M. R.; CARMAGNANI, M. I. S.; SALVADOR, M. E. Sistema Informatizado para Gerenciamento de Indicadores da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 4, p. 1013-1017, 2011.

MAIA, L. D. G.; CORRÊA, J. P. R.; LOPES, A. C. F. M. M.; NETO, J. F. R. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 359-370, 2010.

MAFFEZZOLLI, E. C. F.; BOEHS, C. G. E. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Revista FAE**, v. 11, n.1, p. 95-110, 2008.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

REZENDE, Y. Informação para negócios: os novos agentes do conhecimento e a gestão do capital intelectual. **Ciência da Informação**, v. 31, n. 1, p. 75-83, 2002.

THAINES, G. H. L. S.; BELLATO, R.; FARIA, A. P. S.; ARAÚJO, L. F. S. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

QUEIROGA, R. M.; ANDRADE, A. N.; ABRANTES, K. S. M.; COSTA, T. S.; SOBREIRA, M. V.; CASIMIRO, G. S. Aplicabilidade do sistema de informação da atenção básica no cotidiano de enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. esp, p. 943-951, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

5.4 MANUSCRITO 2 - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE NA ESF: A VISÃO DOS ENFERMEIROS

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE NA ESF: A VISÃO DOS ENFERMEIROS¹

Monique Haenske Senna²
Selma Regina de Andrade³

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever e analisar o processo de planejamento das ações locais em saúde, segundo os enfermeiros atuantes em ESF com desempenho ótimo no PMAQ. A metodologia adotada foi o estudo de caso, no qual foram entrevistados oito enfermeiros das equipes da ESF com classificação de desempenho ótimo no PMAQ. Os dados coletados na pesquisa documental e bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação não-participante foram trabalhados segundo a análise de conteúdo, que resultaram quatro categorias: Planejamento em saúde; Trabalho em grupo; O PMAQ e a sua influência no planejamento da equipe de saúde e Vínculo com a comunidade. Foi possível concluir que os enfermeiros das equipes com desempenho ótimo no PMAQ utilizam o SIAB no planejamento das ações em saúde, por acreditarem que este é um instrumento de gestão fundamental para transmitir informações referentes à comunidade. O

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada intitulada “O uso do Sistema de Informação da Atenção Básica pelos enfermeiros no planejamento local em saúde”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2013.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Saúde e Enfermagem (GEPADES). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: moniquehsenna@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do GEPADES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: selma.regina@ufsc.br

planejamento das ações é realizado, principalmente, nas reuniões semanais e mensais, onde a equipe multiprofissional encontra-se para discutir as ações a serem desenvolvidas. A união da equipe e o vínculo com a comunidade são aspectos fundamentais, os quais contribuem para melhoria do atendimento à comunidade e planejamento das ações em saúde.

Descritores: Planejamento em saúde, Gestão em saúde, Indicadores básicos de saúde, Atenção primária à saúde, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O planejamento é considerado um processo que visa a desenhar, a executar, a acompanhar e a avaliar um conjunto de propostas de ação objetivando a intervenção sobre um recorte da realidade. Pode ser utilizado como ferramenta de gestão, que exige um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e organizacionais necessários para programar ações e alcançar objetivos. O domínio sobre a prática administrativa e gerencial proporciona suporte para a identificação de problemas, contribuindo para a tomada de decisão e o planejamento de estratégias de ação. Planejar é um processo que depende, principalmente, de conhecer a situação para definir aonde se quer chegar (BRASIL, 2010; KAWATA et al., 2009).

O planejamento é muito utilizado no cotidiano nas instituições de saúde. Na atenção primária, é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e a eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Contribui para a racionalização das ações, realizado por profissionais de diferentes áreas de atuação e orientado pelo propósito de melhorar a situação de saúde da comunidade (BRASIL, 2009; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Os Sistemas de informação em Saúde (SIS) têm como uma de suas finalidades orientar o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas nas instituições de saúde. A informação é uma rica fonte de dados para a definição de prioridades, realização do diagnóstico de saúde da área de abrangência, organização do trabalho, programação local, norteamento do planejamento e avaliação de ações em saúde (CARVALHO; EDUARDO, 1998; RADIGONDA et al., 2010).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi desenvolvido com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Este SIS constitui um dos principais instrumentos de gerenciamento da atenção básica por fornecer apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) na eleição de ações prioritárias e gestão das atividades a serem desenvolvidas. Tem como objetivo identificar problemas individuais e coletivos da comunidade, envolvendo informações relativas ao processo de saúde e doença das famílias, quanto informações administrativas (MAIA et al., 2010; MARCOLINO; SCOCHI, 2010; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) consiste em uma estratégia de gestão do SUS que visa a aprimorar o acesso à atenção básica e à qualidade dos cuidados prestados. Entre as metas do PMAQ incluem-se a melhoria dos CS, a promoção da qualidade na atenção básica, fortalecendo princípios de autoavaliação, a promover a alimentação e o uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão, a participação e o controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

O enfermeiro destaca-se por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS. Na atenção primária, sua atuação é constante nas atividades de assistência individual e coletiva, na organização do processo de trabalho, como também no desenvolvimento do planejamento das ações em saúde na equipe de saúde. (COSTA; MIRANDA, 2008; PASSOS; CIOSAK, 2006).

Dessa forma, o problema de pesquisa foi delimitado a partir do seguinte questionamento: Como ocorre o planejamento na visão dos enfermeiros da ESF? Sendo assim, o estudo buscou descrever e analisar o processo de planejamento das ações locais em saúde, segundo os enfermeiros atuantes em ESF com desempenho ótimo no PMAQ.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Estudo de abordagem qualitativa, com abordagem metodológica de casos múltiplos. O estudo de caso consiste num método que investiga fenômenos contemporâneos em profundidade, permitindo que o pesquisador aproprie-se das características dos eventos da vida real, especialmente, quando não há controle sobre os eventos comportamentais (YIN, 2010; MAFFEZZOLLI; BOEHS, 2008). A pesquisa foi desenvolvida na capital de um Estado do sul do Brasil. Para coleta de dados, utilizaram-se as técnicas de pesquisa documental e bibliográfica, entrevista semiestruturada e observação não-participante.

A seleção dos casos ocorreu a partir da classificação de desempenho do PMAQ de 2012, em que foram eleitos três critérios de inclusão: Equipes da ESF que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ; Equipes da ESF que atenderam aos indicadores selecionados do banco de dados do SIAB no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012; Equipes da ESF que possuísem informações 100% completas no banco do SIAB em todos os meses do recorte temporal.

Das 115 equipes da ESF, que atuam na SMS, 90 foram cadastradas no PMAQ, sendo que, destas, dezenove equipes da ESF receberam desempenho ótimo no PMAQ. Das dezenove equipes da ESF, uma não existia em 2010, não possuindo banco de dados para análise neste período. Das dezoito equipes da ESF restantes, somente oito possuíam informações completas no banco de dados do SIAB em todos os meses de 2010 a 2012.

A seleção das equipes ocorreu através da análise do banco de dados do SIAB, selecionando oito indicadores do SIAB recebem maior atenção dos profissionais de saúde. O intuito foi estabelecer uma relação entre eles e as ações de saúde planejadas pela equipe da ESF: Total de famílias cadastradas na microárea; Total de visita domiciliar - Agente Comunitário de Saúde (ACS); Gestantes cadastradas na microárea; Gestantes acompanhadas na microárea; Diabéticos cadastrados; Diabéticos acompanhados; Hipertensos cadastrados; Hipertensos acompanhados.

Participaram do estudo os enfermeiros das oito equipes da ESF que atenderam aos critérios de inclusão. As equipes de saúde (enumeradas de 1 a 8) estão distribuídas em seis CS (denominados de A

a F), visando a preservar o anonimato dos participantes. A coleta dos dados aconteceu nos meses de maio e agosto de 2013.

No total, foram realizadas oito entrevistas e quatro períodos de observação não-participante. As observações foram realizadas nas reuniões mensais dos Centros de Saúde (CS) onde o enfermeiro entrevistado estivesse presente. Esse estudo foi desenvolvido de acordo com os preceitos éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o nº 146.152.

Os dados qualitativos, referente às entrevistas e às observações, foram trabalhados através da análise temática por subcategorias e categoria dos dados relativos aos temas sugeridos, resultando na classificação progressiva dos elementos da pesquisa (CRESWELL, 2010). Para organizar e estruturar os dados qualitativos utilizou-se o *software* NVIVO8®. Após a análise final, contemplaram-se as categorias: Planejamento em saúde; Trabalho em grupo; O PMAQ e a sua influência no planejamento da equipe de saúde e Vínculo com a comunidade. Cada categoria possui as subcategorias que serão apresentadas ao longo do texto.

RESULTADOS

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Planejamento das ações com o uso do SIAB

Os enfermeiros das oito equipes (100%) relataram planejar as ações com o uso do SIAB, inclusive utilizando dados e informações de diferentes fontes, como o INFOSAÚDE, censo do IBGE, informações repassadas pelos ACS. Segundo os participantes do estudo, o SIAB é um instrumento muito utilizado para planejar as atividades desenvolvidas, sendo fundamental para acompanhar a saúde da população e propor estratégias de ação. Na maioria das vezes, a equipe se reúne e observa as informações para discutir os casos com os demais profissionais. Após a análise dos dados e discussão dos casos, a equipe planeja as ações para solucionar os problemas encontrados, orientando como deve prosseguir cada integrante da equipe. Segundo os

entrevistados, muitas informações são repassadas pelos ACS, pois estes profissionais são inseridos na comunidade; e, assim, conseguem obter mais informações sobre o estado de saúde das famílias.

A gente usa bastante a questão do INFOSAÚDE e o SIAB. São duas fontes da comunidade que a gente consegue trabalhar. (E2)

Nós também trabalhamos com o SIAB para nortear o nosso trabalho no dia a dia. Porque se eu tiver qualquer alteração nos dados, preciso realizar uma ação para resolvê-la. [...] Para o planejamento é a ferramenta principal que a gente tem. Isso, no dia a dia também, não só nas reuniões. [...] Eu uso o SIAB nas estratégias de enfrentamento, desde os grupos até atendimento individual. (E4)

Esses indicadores servem pra a gente planejar as nossas atividades. Eles é que nos dão a base pra fazer o planejamento. [...] A gente pegava no censo do IBGE, do que os agentes comunitários passavam para gente, do que a gente tinha no sistema de informação dos centros de saúde. Nós fazíamos uso do que a gente tinha em mãos, internet, etc. Tanto do INFOSAÚDE como do SIAB, os dados que eu tinha da população, os dados que apareciam de acordo com a demanda. Nós planejávamos ações com todas essas informações. [...] A gente sentava e discutia sobre o SIAB. (E6)

Planejando ações em equipe

Segundo os depoimentos, o planejamento das ações é feito em reunião semanal de equipe e na reunião mensal. Na reunião de equipe, são discutidas ações decorrentes da demanda, ações de curto prazo. Um

ponto importante destacado foi a participação das lideranças do bairro. Algumas equipes relataram definir ações junto com as escolas, as organizações e as outras instituições do bairro, buscando alcançar um número maior de indivíduos da comunidade. Nas reuniões de equipe, geralmente, está presente o enfermeiro, médico e agentes comunitários. Os técnicos de enfermagem realizam um rodízio para atender às outras demandas do CS. Outros profissionais participam conforme a disponibilidade e necessidade, como o dentista, o psicólogo, o assistente social, etc. Algumas equipes relatam que as reuniões acontecem informalmente, durante o lanche ou conversa de corredor. Nas reuniões semanais são planejadas ações para a equipe, mas que são estendidas para atender aos indivíduos das outras equipes também, conforme a necessidade e a demanda. Nesse caso, o planejamento das ações é coletivo, no qual o objetivo é unir esforços para ajudar a população de todas as equipes de saúde. As reuniões mensais acontecem com a presença de todos os profissionais do CS, onde são discutidas ações para a unidade como um todo. Em algumas equipes são elencados temas de debate onde há uma programação de assuntos a serem abordados. Após a decisão das ações a serem executadas, as equipes elegem “quem vai fazer o quê”. Em todas as equipes pode-se perceber a troca constante de informações e a preocupação de compartilhar ideias e experiências, procurando manter sempre o vínculo com as necessidades da comunidade. Parece não existir “barreiras” entre as equipes, o que demonstra companheirismo entre os profissionais e compromisso com a comunidade e com o propósito da ESF. Um ponto interessante, que foi relatado, é que uma equipe decidiu realizar um planejamento para melhorar o preenchimento do SIAB. Segundo o enfermeiro, essa foi uma ação muito eficiente e resolutiva, que ajudou os profissionais a entenderem e visualizarem a importância do SIAB.

Todos participam e colaboram na medida do possível. Nós trocamos experiências, planejamos as ações, se é necessário fazer algum tipo de intervenção, visita domiciliar, grupo, ou atendimento individual ou qualquer outra intervenção maior, campanhas. (E1)

Nada é individual. Sempre pensamos com toda a equipe. Tudo em reunião de área, tudo registrado em ATA. (E2)

O que tem bastante na unidade é espaço pra discussão e pra reunião. Tudo que é decidido lá é decidido em conjunto. (E5)

Há coisas que são separadas, mas há outras atividades que a gente leva para as outras equipes. A gente replica se for o caso e a necessidade também das outras equipes. A gente compartilha. E algumas coisas são da unidade como um todo. Nós planejamos para a nossa população, mas a gente abre para todas as equipes. (E7)

É tudo planejado em conjunto na reunião. Eu não tenho nada diferenciado que faça só eu. Todos estão juntos na reunião e têm as informações que são discutidas abertamente durante a reunião. (E8)

Seis enfermeiros (75%) revelaram que as ações mais planejadas são os grupos, norteado pelos marcadores. Outros três participantes (37,5%) dizem (sugiro a troca) realizar busca ativa com os pacientes, que abandonaram o tratamento ou não retornam às atividades vinculadas ao CS. Os grupos são uma estratégia comum na ESF por abordar uma grande parcela da população; pois, nessas ações, a equipe de saúde consegue trabalhar promoção e prevenção da saúde com grupos de pessoas que possuem as mesmas particularidades.

Planejamento de atenção aos grupos. Tem que está tocando nesse ponto. [...] Eu acho que as atividades como um todo; mas, principalmente, os grupos. (E4)

Formação de grupos principalmente. Eu utilizo pra fazer educação em saúde. [...] Grupo de gestantes, grupo de caminhada (E6)

Nós realizamos mais atividades de saúde bucal, grupos. [...] Mas as metas a gente vai vendo o que está precisando mais. [...] Nós estamos sempre fazendo busca ativa. A gente utiliza pra mover ações pra melhorar o número de diabéticos cadastrados, ou para convidá-los para o grupo de diabéticos. A gente monitora também se eles estão fazendo ou não os exames. (E7)

Da unidade como um todo há as campanhas de vacina, atividades a unidade, mutirões, a coleta de preventivo de colo de útero. Existem grupos de saúde que não são diretamente só de uma equipe, são das quatro equipes que se reúnem e planejam juntas como grupo da unidade para todo o território. (E8)

TRABALHO EM GRUPO

União das equipes de saúde

Oito entrevistados (100%) relataram que o trabalho em equipe é um dos maiores créditos que a equipe tem. Segundo os entrevistados, a união dos profissionais era uma característica marcante, assim como a união de todas as equipes de saúde. Esse fato auxilia o planejamento das ações por unir os esforços de todos na busca de atender, com qualidade e eficiência, à população. Outro ponto marcante revelado por cinco entrevistados (62,5%) é a realização de interconsulta entre o médico e a enfermeira. Essa é uma prática muito utilizada para otimizar o atendimento, em que há troca de informações entre os profissionais que recebem uma demanda grande de paciente todos os dias. A ação

demonstra forte vínculo entre os profissionais da equipe como também confiança da população e de todos os envolvidos no processo.

O princípio básico que eu acho nisso tudo é que nós devemos estimular a equipe a trabalhar junto. Nós não podemos fazer nada sozinhos, o trabalho não anda se a equipe não for motivada, não estiver junto no processo. (E1)

Se tu não tiveres uma equipe sincronizada, o processo de trabalho fica chato, desgastante [...] Não adianta dados se você não tem uma equipe boa, bem estruturada. (E2)

A gente procura sempre estar trabalhando junto, há união da equipe. (E4)

O trabalho em equipe ajuda muito. O diferencial nosso é esse. [...] Nada aqui é sozinho, sozinho ninguém faz nada aqui dentro. Nem médico, nem enfermeiro, nem dentista. Se for sozinho a gente não dá conta porque a gente não aguenta. (E7)

Trabalho desenvolvido com os Agentes Comunitários de Saúde

Quando questionados sobre como era o trabalho com os ACS, os oito participantes (100%) relatam manter um relacionamento estreito com os ACS, pois o trabalho de ambos estava muito ligado. Entre os depoimentos, foi comum o enfermeiro responder que acompanhava de perto o trabalho dos ACS, supervisionando a coleta e o processamento dos dados. A proximidade entre esses profissionais era ocasionada porque os ACS coletavam os dados na comunidade e, assim, participavam ativamente das ações planejadas pela equipe de saúde. Entretanto, a maioria dos enfermeiros relatou que supervisionava e cobrava o preenchimento do SIAB; pois os ACS, muitas vezes, não davam o devido valor para esse instrumento.

O enfermeiro supervisiona a alimentação e o repasse dessas informações. Até porque o trabalho do ACS é solto, torna-se até virtual se você não tiver esses dados nas tuas mãos. (E1)

Eles (ACS) têm um número de visitas pra realizar, mas, às vezes, os números não batem. Então, nós temos que controlar e quando isso acontece a gente acaba chamando a atenção. (E2)

Eu não deixava de dar um retorno para eles. Quando eu via que estava muito errado, eu pensava em ligar e perguntar. Sempre é cobrado dos agentes de saúde, a gente cobra muito deles. (E6)

O PMAQ E A SUA INFLUÊNCIA NO PLANEJAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE

Segundo os dados analisados, três enfermeiros (37,5%) relataram que o surgimento do PMAQ auxiliou o planejamento das ações no CS, pois o programa estrutura de forma mais organizada as ações de planejamento da unidade. Para esses participantes, o planejamento desenvolvido, anteriormente, era formulado de maneira informal. Outros três entrevistados abordam que já tinham a maioria dos dados coletados quando a SMS lançou o PMAQ. Para esses enfermeiros, a ação favoreceu a organização dos dados como também a classificação de desempenho ótimo que a equipe ganhou do PMAQ.

O PMAQ veio em 2010/2011 onde o ministério nos estrutura de uma forma mais organizada em relação ao banco de dados, em relação ao próprio planejamento em si. Para que todas as unidades tivessem uma

uniformidade em relação ao planejamento. (E1)

O instrumento do PMAQ é bom porque ele faz refletir algumas coisas. (E7)

Agora, depois do PMAQ, que a gente está planejando algo. Antes nós fazíamos mais no informal, sem um instrumento, sem escrever nada. O PMAQ é bom porque ele te faz escrever, nesse sentido de planejamento. (E7)

De repente apareceu o PMAQ. Então, foi aquele corre-corre. Todo mundo corria e eu já estava com quase tudo pronto. (E3)

Então, quando o pessoal veio para fazer entrevista do PMAQ, eles pediram muita coisa que a gente já tinha registrado. (E8)

VÍNCULO COM A COMUNIDADE

Com relação ao vínculo da equipe da ESF e a comunidade, cinco enfermeiros (62,5%) revelaram manter um relacionamento estreito com a população. Muitos entrevistados relatam que o vínculo é uma maneira de trazer a comunidade para dentro do CS. Um exemplo disso, é que eles procuram desenvolver ações junto com as lideranças de bairro. Assim, as equipes conseguem resolver problemas de acordo do com as necessidades daquela região e alcançar um maior número de pessoas.

Elas, muitas vezes, vêm pra cá por causa do vínculo que têm. Já sabe que se ela vir pra cá, vai ser bem atendida e vai ter uma resposta para aquilo. É muito do vínculo. A medicina de família, a atenção primária, a estratégia saúde da família só funciona se tiver vínculo! Pode ter SIAB, pode ter marcador, pode ter dados, mas ela só vai funcionar a partir do

momento em que tu tens uma equipe que está completa que seja sincronizada, que tenha harmonia e tal seja bem conectada. (E2)

A gente fazia um planejamento anual junto com as lideranças da nossa área de abrangência, nós mantínhamos um relacionamento bem estreito com elas. [...] No final do ano, a gente se reunia e discutia o que era mais importante em termos de saúde que nós tínhamos poder de interferir, de tentar melhorar e fazer o planejamento. (E5)

Tinha essa troca, essa abertura pra eles também te procurarem. Todos da equipe e os agentes comunitários também, tanto os usuários. (E6)

DISCUSSÃO

O planejamento pode ser utilizado como uma ferramenta de gestão em instituições públicas como os CS, pois oferece a possibilidade de programar ações para alcançar os objetivos determinados pela equipe de saúde. Isso envolve raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos, necessitando a participação de todos os profissionais, de modo a contribuir com sua experiência e olhar diferenciado para a situação de saúde encontrada na população adscrita. Segundo Kawata (2009), o planejamento constitui um impulsionador das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, voltado para a articulação dos processos de trabalho na ESF. Nesse sentido, cabe à equipe interdisciplinar a realização do planejamento para organizar e executar as ações de saúde direcionadas à realidade da comunidade.

O SIAB constitui um instrumento de planejamento e orientação para a gestão das equipes da ESF por ser um SIS, que fornece indicadores populacionais de uma determinada área de abrangência. Caracteriza-se por facilitar o diagnóstico de saúde norteando o planejamento e avaliação das ações de saúde das equipes. As

informações, fornecidas pelo SIAB, permitem uma melhor organização da atenção básica ao oferecer dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades das famílias (BITTAR et al., 2009; DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; JESUS et al., 2012; MAIA et al., 2010).

Apesar de ser um SIS importante para a ESF, uma pesquisa realizada por Barbosa (2010) relata que os profissionais, não consideram o SIAB um instrumento norteador na hora de planejar as ações e programação das atividades. Na maioria das vezes, é utilizado esporadicamente, principalmente para fins de ensino e conhecimento de perfil epidemiológico. De forma semelhante, outro estudo aponta que a utilização dos dados do SIAB restringe-se, geralmente, ao cadastramento familiar e emissão de relatórios. Foi constatado que as informações geradas pelo SIAB não terem sido utilizadas para planejar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Entretanto, os enfermeiros desse estudo, que receberam classificação ótima quanto ao desempenho no PMAQ, relataram utilizar os indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde. Eles apontam o SIAB como uma rica fonte de dados para conhecer a população e realizar o diagnóstico de saúde da comunidade. De forma semelhante, outro estudo revela que os profissionais reconhecem a importância do SIAB, fazendo uso desse instrumento para o planejamento e a melhoria do seu trabalho na equipe (MAIA et al., 2010).

Além de utilizarem o SIAB para planejar as ações de saúde, os participantes revelam fazer uso de outras fontes de dados a fim de ampliar as informações referentes à população, como o INFOSAÚDE, IBGE, fontes de dados próprias, etc. Para os enfermeiros, o SIAB é uma importante ferramenta de gestão, porém torna-se um instrumento restrito por conter dados limitados referentes à comunidade. Na atenção à saúde, é importante conhecer as características da população para subsidiar a tomada de decisão, a organização das atividades e o planejamento das ações de saúde. Os SIS contribuem para que os dados transformem-se em informação e, posteriormente, em conhecimento para a equipe de saúde (RADIGONDA et al., 2010).

Os enfermeiros com melhor classificação de desempenho no PMAQ destacam a participação e interação da equipe multiprofissional no planejamento das ações, realizadas nas reuniões semanais de equipe.

A equipe procura planejar as ações em conjunto, a fim de compartilhar informações e planejar estratégias de ação, baseadas na experiência e conhecimento de todos os profissionais. Segundos os entrevistados, os profissionais da equipe procuram reunir-se semanalmente ou conforme a necessidade para planejar ações com a comunidade ou para solucionar os problemas que surgem de acordo com a demanda. Já as reuniões mensais, ocorrem com a participação de todos os profissionais do CS, sendo reservado um período maior de tempo para repassar informes, discutir casos e abordar temas relacionados ao CS. As reuniões semanais e mensais foram relatadas como momentos de discussão e troca de informações por todos os entrevistados. Em alguns casos, a equipe se organiza para discutir temas diferenciados e elaborar propostas de ação a serem trabalhadas na comunidade. O planejamento das ações ocorre com a participação de todos os profissionais, que interagem na medida do possível e de acordo com a governabilidade que possuem.

O planejamento conjunto e integrado das ações de saúde assegura a qualidade do atendimento, da integralidade das ações e da continuidade do cuidado à saúde (BACKES et al., 2012). De modo semelhante, um estudo realizado em Minas Gerais (2010) retrata que os dados do SIAB são discutidos com outros profissionais da equipe visando a avaliar e a planejar as ações em conjunto. Assim, como ocorre nessa pesquisa, a maior parte dos entrevistados reconhece a importância do SIAB, fazendo uso desse instrumento para planejar ações em equipe (MAIA et al., 2010). O trabalho integrado é fundamental para viabilização do processo de trabalho na ESF. As reuniões de equipe tornam-se um local rico para discussão de dados e troca de informações entre os profissionais, de modo a acentuar a troca de saberes e conhecimentos de diversas áreas de atuação. A ação promove o cuidado integral visando objetivar a equidade e a resolutividade dos problemas encontrados. Para que ações em saúde, desenvolvidas na comunidade, possam ser planejadas e implementadas de forma efetiva, é importante que se desenvolva a união da equipe multiprofissional, considerando as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas de cada área profissional (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; SILVA et al., 2012).

A maioria dos enfermeiros relatou planejar ações de grupos na comunidade, a fim de reunir um maior número de indivíduos que possuem as mesmas particularidades, entre eles, estão, grupo de

gestantes, crianças, idosos, pessoas com hipertensão e diabetes, etc. A prática é comum em muitos CS por promover ações coletivas com um maior número de pessoas. Assim, os profissionais da ESF procuram alcançar seus objetivos com maior proporção. De modo diferente às oito equipes com desempenho ótimo no PMAQ desse estudo, uma pesquisa, realizada em São Paulo, identificou que, em raros momentos, as enfermeiras desenvolvem o planejamento de ações para a comunidade, embora esse seja o foco da ESF (KAWATA et al., 2009).

As reuniões são espaços de interação de grande valor para a Gestão do Conhecimento nas equipes estudadas. Foi possível observar o fluxo constante de informações e de conhecimento entre os profissionais. A discussão de casos e a troca de informações mostraram-se frequente no discurso de muitos entrevistados, fato este que auxilia a difusão de informações na equipe. A questão converge com os princípios da Gestão do Conhecimento, que se fundamenta na disseminação de informações para gerar conhecimento, manejando o conhecimento coletivo da instituição. Isso colabora para a tomada de decisão, baseada em diversos atores, que se auxiliam para tomar decisões melhores e adequadas com a realidade da situação (CHOO, 2003).

A Gestão do Conhecimento envolve todo o processo de gerar, armazenar e utilizar o conhecimento na instituição, sendo esse um dos recursos mais importantes para tornar as ações elaboradas e eficientes. A base da organização do conhecimento é a administração das informações, possibilitando a criação de significados, construção do conhecimento e a tomada de decisões. Essa ação possibilita o desenvolvimento e o crescimento intelectual coletivo da organização, que necessita a participação de todos na busca pelo próprio conhecimento. É preciso estar disposto a aprender e compartilhar o que sabe (DUARTE; SILVA; COSTA, 2007; ROCHA et al., 2012; CHOO, 2003; ALMEIDA; FREITAS; SOUZA, 2011).

Alguns entrevistados referem-se ao PMAQ como uma estratégia positiva na atenção básica por ser um programa que auxilia o planejamento das ações e proporciona uma organização maior dos objetivos do CS e da ESF. Foi relatado pelos participantes que, antes do PMAQ, a equipe realizava o planejamento das atividades desenvolvidas, entretanto, esse planejamento era realizado sem um fundamento adequado e com ações mais esporádicas. Outros participantes revelaram que já possuíam dados coletados para o PMAQ, o que, na opinião deles,

auxiliou na classificação de desempenho ótimo recebida pelo programa. O fato das equipes já possuírem uma organização prévia ao aprofundar os dados do SIAB com listas paralelas facilitou a organização das informações assim como o desenvolvimento das ações planejadas no PMAQ.

Ficou evidente, em muitos depoimentos, a relação próxima do enfermeiro com o ACS. Os participantes contam que muitas ações planejadas são desenvolvidas com a presença do ACS por se tratar de um profissional que detém um conhecimento apurado da realidade dos fatos por estar inserido na comunidade. Em contrapartida, um estudo revela que apesar do ACS ser considerado um elo entre a comunidade e o CS, os ACS sentem dificuldade em fazer colocações sobre o seu reconhecimento da realidade de saúde nas reuniões de equipe. Porém, a autora ressalta a importância de estimular a participação do ACS nas reuniões de equipe e discussão de casos, de modo que este profissional colabore com seus conhecimentos voltados para a realidade da população (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

Além de trabalhar com a equipe de saúde, uma das funções do enfermeiro é supervisionar o ACS. Por isso, os enfermeiros das equipes ótimo no PMAQ, procuram controlar o fluxo de informações e a qualidade dos dados através da supervisão da alimentação do SIAB pelos ACS. Destaca-se a atuação do enfermeiro no controle dos dados e encaminhamento das informações da equipe de saúde, sobretudo na coordenação dos registros do ACS. De modo divergente, um estudo revela que a supervisão das fichas preenchidas pelo ACS é insatisfatória, sendo feita de modo informal. O ACS, muitas vezes, supre a deficiência de recursos humanos, principalmente, administrativos; ficando seu trabalho em segundo plano. Apesar dos ACS serem os profissionais que mais fazem uso do SIAB, o autor identificou que a falta de discussão e utilização das informações pelo restante da equipe faz com que as informações coletadas sejam pouco valorizadas (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Nas equipes com desempenho ótimo do PMAQ, a supervisão dos ACS é feita pelo enfermeiro da equipe, demonstrando muito interação e troca de informação entre os dois profissionais. Considerando que a qualidade dos registros dos dados é fundamental em qualquer SIS, utilizado pela ESF, faz-se necessária a supervisão das fichas e relatórios

de modo a refletir a produtividade e fornecer subsídios para a análise do processo de trabalho da equipe (JESUS et al., 2012). Orientar os ACS sobre a importância dos dados do SIAB, como também supervisionar a coleta e registros dos dados, é fundamental para obter elementos de qualidade. Esse controle tem de ser exercitado, diariamente, pelo enfermeiro; já que ele trabalha, diretamente, com o ACS e este coleta a maioria das informações provenientes da comunidade (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Foi possível identificar durante as observações realizadas, o bom relacionamento e a interação entre os profissionais da equipe de saúde, principalmente entre o enfermeiro e o médico das equipes estudadas. Esse fato comprova-se com a realização de interconsultas do enfermeiro com o médico da equipe. Há cumplicidade e confiança entre esses dois profissionais, assim como compromisso com a qualidade do atendimento da população e com os princípios da ESF. Os enfermeiros ressaltaram que essa é uma prática desenvolvida com responsabilidade e respeito de ambos os profissionais. O trabalho desenvolvido na ESF é caracterizado pelo cuidado à saúde no âmbito interdisciplinar. A ESF baseia-se na valorização de diversos saberes e conhecimentos da equipe, através da abordagem integral e resolutiva do cuidado e no acompanhamento da saúde das famílias. A união da equipe é fundamental para viabilização do processo de trabalho na ESF, cujos profissionais podem compartilhar e construir conhecimento contínuo sobre o cuidar de forma integral e compartilhada, buscando a resolutividade das necessidades de saúde da população. O modelo de atenção é importante para o atendimento à comunidade, pois há uma riqueza de discussões da equipe para o planejamento terapêutico dos usuários atendidos pela ESF (SILVA et al., 2012).

Outro fator fundamental que colaborou com o sucesso das equipes com desempenho ótimo no PMAQ, foi o vínculo que os profissionais desenvolveram com a comunidade. O compromisso com o atendimento à população tomou destaque em muitos depoimentos como também observações realizadas. Havia sempre muita preocupação por parte dos profissionais com a qualidade do atendimento prestado à comunidade. Ressalta-se a forte ligação entre a equipe, o CS e a população. As equipes acompanhadas no estudo incorporam no desenvolvimento do seu trabalho o espírito da ESF; que valoriza, acima de tudo, a união da equipe multiprofissional para melhor atender à população. Para desenvolver um trabalho de qualidade na ESF, é

fundamental o desenvolvimento do vínculo da equipe com a população adscrita no território sob sua responsabilidade. Propiciar a troca de informações sobre a situação de saúde entre as equipes da ESF e a população estimula a participação da comunidade no planejamento das ações necessárias para o enfrentamento dos problemas sanitários locais (ADUM et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes da ESF que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ realizam o planejamento das ações com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde, trocando informações e interagindo de acordo com a governabilidade que possuem. Planejar ações de forma interdisciplinar promove a disseminação de conhecimento na equipe de saúde, pois auxilia a troca de diferentes saberes na construção do cuidado à saúde de qualidade. As reuniões são apontadas como espaços interativos, onde há troca de informação e discussão de casos na equipe multiprofissional.

Nas oito equipes estudadas, o SIAB é um instrumento de gestão muito utilizado no planejamento das ações locais em saúde. Os enfermeiros apontam o SIAB como um SIS rico em fonte de dados, que facilita o diagnóstico da situação de saúde das famílias, pois norteia o planejamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas em equipe. Entretanto, eles relatam fazer uso de outras fontes de dados para comparar as informações e complementar dados que o SIAB não aborda.

As ações planejadas com o uso do SIAB refletem as necessidades da comunidade, destacando a importância de vincular o CS com a realidade da área de abrangência. A união da equipe e o vínculo com a comunidade são aspectos positivos que destacam a classificação de desempenho ótimo das equipes desse estudo, pois possuem compromisso com os objetivos do SUS e da ESF.

A Gestão do Conhecimento faz-se presente nas equipes desse estudo, no momento em que os profissionais interagem trocando informações e planejando ações em conjunto. A ação aumenta a possibilidade de desenvolver ações integrais e resolutivas, voltadas para as necessidades da comunidade. A Gestão do Conhecimento intensifica-

se na medida em que os profissionais da equipe de saúde interagem, buscando aumentar o conhecimento coletivo e proporcionar um atendimento de qualidade à população.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

ALMEIDA, M. S.; FREITAS, C. R.; SOUZA, I. M. **Gestão do Conhecimento para a tomada de decisão**. São Paulo: Atlas, 2011.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A.; MARCHIORI, M. T.; KOERICH, M. S. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1151-1157, 2012.

BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010.

BITTAR, T. O.; MENECHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654**, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União. Brasília, 19, jul. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva. Curso de atualização para o uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS: PS, PAS e RAG : guia do participante. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 10)

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 6).

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **RENE**, v. 9, n. 2, p. 120-128, 2008.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: Senac, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, E. N.; SILVA, A. K. A.; COSTA, S. Q. Gestão da informação e do conhecimento: práticas de empresa “excelente em gestão empresarial” extensivas à unidades de informação. **Informação & Sociedade: Estudos**, v.17, n.1, p.97-107, 2007.

DUARTE, M. L. C.; TEDESCO, J. R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 111-1117, 2012.

JESUS, M. C. P.; SANTOS, S. M. R.; GOULART, T. P.; MARTINS, N. A.; PERES, R. B.; COELHO, V. S. Atualização dos dados nos sistemas de informação em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. esp. 2, p. 795-801, 2012.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2009.

MAFFEZZOLLI, E. C. F.; BOEHS, C. G. E. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Revista FAE**, v. 11, n.1, p. 95-110, 2008.

MAIA, L. D. G.; CORRÊA, J. P. R.; LOPES, A. C. F. M. M.; NETO, J. F. R. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 359-370, 2010.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

ROCHA, E. S. B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA JR, K.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Gestão do Conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 2, 09 telas, 2012.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 76-83, 2010.

SILVA, L. M. S.; FERNANDES, M. C.; MENDES, E. P.; EVANGELISTA, N. C.; TORRE, R. A. M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista enfermagem UERJ**, v. 20, n. esp.2, p. 784-788, 2012.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 2)

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros das equipes com desempenho ótimo no PMAQ fazem uso dos indicadores de saúde do SIAB no cotidiano das suas atividades. Esses profissionais da ESF utilizam o SIAB e as informações que dispõem, de modo a conhecerem melhor a população a que atendem e compartilhar conhecimento na equipe multiprofissional.

O SIAB é apontado como uma valiosa ferramenta de gestão, contribuindo com a caracterização das famílias atendidas e com o planejamento das ações em saúde. Apesar de compreenderem a importância do SIAB, os enfermeiros revelam utilizar fontes de dados paralelas e concomitantes para complementar dados que o SIAB não aborda. As informações dessas fontes adicionais estão disponíveis para uso de todos os profissionais da equipe de saúde, fato este que auxilia a disseminação de conhecimento entre eles.

A Gestão do Conhecimento faz-se presente no cotidiano das oito equipes da ESF desse estudo, na medida em que os profissionais produzem e compartilham conhecimento através do banco de dados do SIAB. O conhecimento adquirido com as informações contribui com o aumento do intelecto coletivo, auxiliando o alcance dos objetivos propostos pela equipe. A interação e o compromisso, de cada membro da equipe de saúde, fazem com que se desenvolva uma corrente de saberes e, principalmente, comprometimento com os objetivos do SUS e, em particular, da ESF.

O SIAB é avaliado como uma ferramenta importante para planejar as ações em saúde. Entretanto, os enfermeiros o consideraram como um instrumento restrito e limitado por abordar indicadores preconizados pelo MS, possuindo validade mais em nível nacional. Uma das sugestões apontadas seria regionalizar as informações, adequando os dados coletados às particularidades de cada região do país. Outras opções incluem a ampliação, no instrumento de coleta, do número de doenças abordadas e da faixa etária da população, fracionando, por exemplo, a idade de crianças e de adolescentes.

Os enfermeiros das equipes com desempenho ótimo no PMAQ utilizam os indicadores de saúde do SIAB para planejar as ações em saúde. As ações são planejadas com a presença de todos os profissionais da equipe, em que cada indivíduo participa de acordo com a

governabilidade que possui. Os profissionais interagem trocando informações e compartilhando conhecimentos, com o objetivo de melhor qualificar o atendimento da população. As equipes realizam dois tipos de encontros, a reunião semanal e a mensal. As reuniões semanais acontecem com cada equipe da ESF do CS, alternando os dias de reunião para não haver paralisação das atividades do CS. Nessas reuniões, a equipe se reúne para planejar ações com a comunidade ou para solucionar os problemas que surgem de acordo com a demanda. A reunião mensal ocorre com a presença de todos os profissionais do CS, sendo reservado um período maior de tempo para repassar informes, discutir casos e abordar temas relacionados ao CS.

Um aspecto positivo identificado, nesse estudo, é o vínculo que as equipes desenvolveram com a comunidade adscrita. Os profissionais procuram desenvolver ações voltadas para as necessidades das famílias e para aquelas indicadas pelas lideranças e outras entidades do bairro. O compromisso em auxiliar a população, buscando alcançar a resolutividade das ações e integralidade da assistência, mostrou-se presente na maioria dos depoimentos.

É possível concluir que existe um bom relacionamento entre os profissionais das oito equipes estudadas. Essa interação favorece a troca de informações, elevando a produção do conhecimento na equipe multiprofissional através do compartilhamento de informações. Fato este, que reforça a presença da Gestão do Conhecimento nas equipes deste estudo. A interação dos profissionais é constante, na qual todos buscam ajudar-se para realizar um trabalho de qualidade junto à população.

A supervisão da coleta e registro dos dados do SIAB é outro fator importante relatado pelos enfermeiros. A dúvida em relação à qualidade dos dados foi assunto constante em muitos depoimentos. Os enfermeiros das equipes com desempenho ótimo no PMAQ procuram garantir a veracidade das informações através do acompanhamento da coleta e registro dos dados, bem como do aprofundamento das informações em fontes próprias e paralelas ao SIAB.

Embora se tenha buscado alcançar o rigor com o desenvolvimento do protocolo de pesquisa, o estudo apresentou algumas limitações. Uma delas deveu-se ao curto espaço de tempo para analisar o conjunto completo dos dados coletados, assim como aprofundar a interpretação dos resultados, como, por exemplo, o método de planejamento desenvolvido pelas equipes. Outros resultados, como o

banco de dados do SIAB das oito equipes desse estudo, também, mostraram-se relevantes, merecendo um esforço adicional para a produção de um novo manuscrito.

A escolha dos oito indicadores do SIAB e o recorte temporal de três anos adotado para selecionar as equipes com desempenho ótimo podem apresentar um viés, já que não é possível afirmar categoricamente que outras equipes com desempenho bom ou regular não apresentariam o mesmo resultado. Um novo estudo poderia esclarecer se outras equipes da ESF também apresentariam resultados semelhantes ou contraditórios.

Recomenda-se, portanto, ampliar os critérios de seleção para contemplar outras equipes de saúde, produzindo-se análises relativas a um número maior de casos ou desenvolvendo estudos comparativos entre equipes, com a possibilidade de identificar aspectos positivos e/ou negativos na utilização do SIAB no planejamento das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

ALMEIDA, M. S.; FREITAS, C. R.; SOUZA, I. M. **Gestão do Conhecimento para a tomada de decisão**. São Paulo: Atlas, 2011.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BARBOSA, D. C. M; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 424-433, 2010.

BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informação da Atenção Básica. Produção e Marcadores. Notas Técnicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabpdscr.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 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. Diário Oficial da União. Brasília, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654**, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União. Brasília, 19, jul. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 24, out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva. Curso de atualização para o uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS: PS, PAS e RAG : guia do participante. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 10)

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F.; ANDRADE, S. R. **Gestão e avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CÂNDIDO, G. A.; ARAÚJO, N. M. As tecnologias de informação como instrumento de viabilização da Gestão do Conhecimento através da montagem de mapas cognitivos. **Ciência da Informação**, v. 32, n. 3, p. 38-45, 2003.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 6).

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: Senac, 2003.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde: texto para fixação de conteúdos e seminário**. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **RENE**, v. 9, n. 2, p. 120-128, 2008.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, C. J. C. A. **Gestão e Liderança em Unidades Básicas de Saúde**. Florianópolis: Pandion, 2011)

DUARTE, E. N.; SILVA, A. K. A.; COSTA, S. Q. Gestão da informação e do conhecimento: práticas de empresa “excelente em gestão empresarial” extensivas à unidades de informação. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 17, n. 1, p. 97-107, 2007.

DUARTE, M. L. C.; TEDESCO, J. R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n. 4, p. 111-117, 2012

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **População**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=populacao&menu=0>. Acesso em: 30 ago. 2012.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.

GERHARDT, T. E.; PINTO, J. M.; RIQUINHO, D. L.; ROESE, A.; SANTOS, D. L.; LIMA, M. C. R. Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em Sistemas de Informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1221-1232, 2011.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

JESUS, M. C. P.; SANTOS, S. M. R.; GOULART, T. P.; MARTINS, N. A.; PERES, R. B.; COELHO, V. S. Atualização dos dados nos

sistemas de informação em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. esp. 2, p. 795-801, 2012.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto & Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2009.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 351-355, 2006.

LABBADIA, L. L.; INNOCENZO, M.; FOGLIANO, R. R. F.; SILVA, G. E. F.; QUEIROZ, R. M. R.; CARMAGNANI, M. I. S.; SALVADOR, M. E. Sistema Informatizado para Gerenciamento de Indicadores da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 4, p. 1013-1017, 2011.

MAFFEZZOLLI, E. C. F.; BOEHS, C. G. E. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Revista FAE**, v. 11, n.1, p. 95-110, 2008.

MAIA, L. D. G.; CORRÊA, J. P. R.; LOPES, A. C. F. M. M.; NETO, J. F. R. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 359-370, 2010.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 3)

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

MARCON, P. M.; LACERDA, M. R.; MEIER, M. J. Uma reflexão sobre processo decisório no gerenciamento dos serviços de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 82-88, 2004.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993.

_____. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma**. Caracas: Fundación Altadir, 1997.

MEDEIROS, A. C.; PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H.; CECAGNO, D.; MORAES, C. L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Revista de APS**, v. 12, n. 3, p. 262-270, 2009.

PRUNER-MARQUES, L.; CORRÊA, T. **Utilização dos sistemas de informação na atenção primária à saúde: um estudo de caso**. 2012. 60 f (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

QUEIROGA, R. M.; ANDRADE, A. N.; ABRANTES, K. S. M.; COSTA, T. S.; SOBREIRA, M. V.; CASIMIRO, G. S. Aplicabilidade do sistema de informação da atenção básica no cotidiano de enfermeiros. **RENE**, v. 12, n. esp, p. 943-951, 2011.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização

pele Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

REZENDE, Y. Informação para negócios: os novos agentes do conhecimento e a gestão do capital intelectual. **Ciência da Informação**, v. 31, n. 1, p. 75-83, 2002.

ROCHA, E. S. B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA JR, K.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Gestão do Conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, [09 telas], 2012

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da Atenção Básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 581-586, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 76-83, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, Abr.-Jun.; 7(23): 69-74, 2012.

SHINYASHIKI, G. T.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Sobre a criação e a Gestão do Conhecimento organizacional. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 499-506, 2003

SILVA, S. L. Gestão do Conhecimento: uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 2, p. 143-151, 2004.

_____. Informação e competitividade: a contextualização da Gestão do Conhecimento nos processos organizacionais. **Ciência da Informação**, v. 31, n. 2, p. 142-151, 2002.

SILVA, L. M. S.; FERNANDES, M. C.; MENDES, E. P.; EVANGELISTA, N. C.; TORRE, R. A. M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Revista enfermagem UERJ**, v. 20, n. esp.2, p. 784-788, 2012.

SILVA, N. A.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SISSON, M. C.; ANDRADE, S. R.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; SOUZA, C. R. P. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. J. B. **Epidemiologia e Indicadores de Saúde**. Londrina: UEL, 2001.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do Conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. (Saúde & Cidadania, v. 2)

TEIXEIRA, C. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 63-80, 2000.

TESTA, M. Mário Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: RIVERA, F. J. U.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Pensar em Salud**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

THAINES, G. H. L. S.; BELLATO, R.; FARIA, A. P. S.; ARAÚJO, L. F. S. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/HUCITEC, 2006.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 24-30, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO ESTUDO DE CASO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PROTOCOLO ESTUDO DE CASO

Como uma estratégia de reformular o modelo de atenção à saúde vigente no País anteriormente, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), compartilhando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo de atenção primária, centralizada na saúde da família passou a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2006 (BACKES et al, 2012; ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

A ESF foi adotada como um modelo de reorientação assistencial à saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Centros de Saúde (CS). Segundo recomendações do MS, a equipe mínima da ESF é composta pelo médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (MARCOLINO; SCOCHI, 2010; BRASIL, 2011).

Do ponto de vista gerencial, a equipe da ESF produz e utiliza informações sobre as disponibilidades e necessidades da comunidade e participa do processo de programação e planejamento local das ações relativas à resolução dos problemas identificados. Sendo assim, a ESF trabalha junto a uma população adscrita, realizando as visitas domiciliares, o cadastramento dos usuários e o acompanhamento das famílias, coletando dados e informações relevantes para subsidiar o

planejamento das ações no CS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2003; ADDUM et al, 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

No SUS, os dados são armazenados em bancos que permitem reunir informações referentes à população atendida, os chamados Sistemas de Informação em Saúde (SIS). O propósito é selecionar dados e transformá-los na informação necessária para conhecimento da equipe de saúde e, posteriormente, para o processo decisório (THAINES et al, 2009; RADIGONDA et al, 2010). Após a coleta, processamento e análise de dados, a equipe da ESF analisa e define as medidas a serem adotadas para as situações que necessitam intervenção. Quanto mais próximo da realidade das famílias, mais oportuna e eficaz será a intervenção das ações em saúde (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2010).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para organizar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade, fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001). Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para o planejamento das ações em saúde. Se forem gerados de forma regular e gerenciados em um sistema dinâmico entre os serviços de saúde, os indicadores constituem ferramenta fundamental para a avaliação da situação de saúde da população em todos os níveis. As informações devem servir como base para determinar prioridades a serem trabalhadas, identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, como também identificar áreas críticas que necessitam de atendimento (BRASIL, 2008).

Uma das principais ferramentas para levantamento de dados da atenção básica de saúde no Brasil é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esse SIS foi desenvolvido com a finalidade de monitorar as famílias e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe da ESF. Permite agregar e processar os dados advindos das visitas domiciliares, bem como do atendimento médico, odontológico e de enfermagem realizado no CS e nos domicílios. O SIAB representa uma fonte de dados de grande valor para a ESF na realização do diagnóstico de saúde de determinada área de abrangência, subsidiando o planejamento e a avaliação de ações em saúde (SILVA; LAPREGA, 2005; BITTAR et al, 2009; ADDUM et al, 2011; MAIA et al, 2010).

O planejamento na atenção básica, portanto, depende de dados reais e bons diagnósticos da situação de saúde da população. Coletar os

dados, produzir informações e gerar conhecimento, tornam-se ações fundamentais para o processo de tomada de decisão referente aos problemas identificados pela equipe da ESF (BITTAR et al, 2009; GERHARDT et al, 2011).

Além da prática assistencial, o enfermeiro realiza atividades educativas e gerenciais, o que faz com que o profissional desenvolva habilidades da área administrativa. Embora todo o processo de planejamento local em saúde deva ser realizado pela equipe multiprofissional, conhecer o desenvolvimento de atividades de planejamento e a gestão realizada por enfermeiros pode ser um primeiro passo para localizar lacunas, tanto em relação ao uso de indicadores, quanto na aceitação e no compromisso profissional com essa área da gestão.

Adotando-se os pressupostos que: 1) a compreensão sobre o processo de transformação do dado em informação é condição essencial para o planejamento em saúde, fundamentado em dados reais e atualizados; e 2) o uso de indicadores de saúde é fundamental no planejamento das ações locais em saúde; e 3) que as equipes que apresentam melhor avaliação de desempenho utilizam melhor os recursos de planejamento, questiona-se: *Como os enfermeiros que atuam na ESF utilizam os indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais em saúde?*

OBJETIVO GERAL

Compreender, na visão dos enfermeiros e à luz da Gestão do Conhecimento, o uso dos indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais, considerando as equipes com melhor avaliação de desempenho da atenção básica no município de Florianópolis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer e analisar a utilização dos indicadores de saúde do SIAB pelos enfermeiros da ESF no planejamento das ações locais em saúde.

- Analisar o processo de planejamento das ações de saúde na visão dos enfermeiros da ESF.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A seleção dos casos ocorreu a partir da eleição de três critérios de inclusão, que seguem:

- Equipes da ESF que receberam classificação de desempenho ótimo no PMAQ;
- Equipes da ESF que atenderam aos indicadores selecionados do banco de dados do SIAB no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012;
- Equipes da ESF que possuísem informações 100% completas no banco do SIAB em todos os meses do recorte temporal.

Para a seleção das equipes desse estudo, selecionamos oito indicadores do SIAB, os quais julgamos receber maior atenção por parte dos profissionais de saúde, buscando manter uma relação entre eles e com as ações de saúde planejadas pela equipe da ESF. São dados referentes ao acompanhamento de grupos prioritários que devem ter acompanhamento mensal por parte da equipe da ESF.

- NFAMICAD: Total de famílias cadastradas na microárea;
- NVISITAS: Total de visita domiciliar - ACS;
- NGESCAD: Gestantes cadastradas na microárea;
- NGESAC: Gestantes acompanhadas na microárea;
- D_DIABETE: Diabéticos cadastrados;
- D_DIAAC: Diabéticos acompanhados;
- D_HIPERTEN: Hipertensos cadastrados;
- D_HIPERAC: Hipertensos acompanhados.

Assim, das 115 equipes da ESF, que atuam na SMS de Florianópolis, 90 foram cadastradas no PMAQ, sendo que, destas, dezenove equipes da ESF receberam desempenho ótimo no PMAQ. Das dezenove equipes da ESF, uma não existia em 2010, não possuindo banco de dados para análise nesse período. Das dezoito equipes da ESF restantes, somente oito possuíam informações completas no banco de dados do SIAB em todos os meses de 2010 a 2012, utilizando como referencial os oito indicadores selecionados.

A amostra final resultou em oito equipes da ESF, as quais atenderam aos três critérios de inclusão referidos acima. As oito equipes da ESF (enumeradas de 1 a 8) estão distribuídas em seis CS (denominados de A a F), visando a preservar o anonimato dos participantes.

Os dados do SIAB de todas as equipes da ESF da SMS de Florianópolis, referentes aos meses janeiro, fevereiro, março e abril de 2012 foram perdidos pelo sistema da SMS, não sendo contabilizados no recorte temporal do estudo. A amostra final desse estudo constitui oito enfermeiros atuantes nas oito equipes da ESF, selecionadas segundo os critérios de inclusão.

Para garantia do sigilo das informações e anonimato dos participantes, os sujeitos envolvidos no estudo serão identificados pela letra “E” de enfermeiros, seguido por uma numeração ascendente (E1, E2, E3, ...).

Quadro 1: Fontes de evidência

FONTE DE EVIDÊNCIA	TIPO
Pesquisa bibliográfica e documental	Documentos oficiais, banco de dados, literatura, etc.
Entrevista	Enfermeiro
Observação	Reunião mensal

RELATÓRIO DE ESTUDO DE CASO

O relatório de cada estudo de caso (cada equipe da ESF) é desenvolvido como um relatório descritivo parcial. No passo seguinte, ocorre a análise e corroboração dos achados. As entrevistas e as observações são analisadas de acordo com a análise temática, a pesquisa documental corrobora com as outras evidências, auxiliando na triangulação dos dados. O conjunto da análise dos dados das equipes selecionadas compõe o relatório final, representado pela dissertação de mestrado.

Quadro 2: Quadro para organização e visualização dos dados

Centro de Saúde:	
Equipe da ESF:	
Enfermeiro (a):	
Entrevista	
Observação	

OBSERVAÇÕES GERAIS – ENTREVISTAO que verificar no dia anterior à entrevista:

- Realizar contato com o participante para confirmar o dia e o horário da entrevista.

O que levar para a entrevista:

- Protocolo impresso e preenchido;
- Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP;
- Cópia da Autorização de coleta de dados da SMS;
- 2 cópias do TCLE;
- Roteiro de entrevista;
- Roteiro de observação;
- Gravador;
- Prancheta, papel e caneta.
- Solicitar que a entrevista ocorra em um local calmo e reservado;
- Reservar um tempo adequado para a realização da entrevista;
- Ler o TCLE e pedir ao entrevistado que assine as duas cópias, caso concorde em participar da pesquisa;
- Fornecer uma cópia do TCLE ao participante;
- Explicar ao participante que irá gravar a entrevista para posterior transcrição;
- Explicitar ao entrevistado que o questionário de entrevista possui questões abertas;
- Esclarecer as perguntas e solicitar aprofundamento de certos assuntos da entrevista, caso seja necessário;
- Deixar claro que, se após a data de realização da entrevista o participante quiser fazer algum comentário adicional ou acréscimo em

alguma de suas respostas, ele poderá entrar em contato com o pesquisador;

- Solicitar a permissão de poder enviar ao entrevistado, alguma nova questão que surja, posteriormente, durante a pesquisa, caso o pesquisador considere importante conhecer a opinião do entrevistado.

OBSERVAÇÕES GERAIS – OBSERVAÇÃO

O que levar para a observação:

- Protocolo impresso e preenchido;
- Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP;
- Cópia da Autorização de coleta de dados da SMS;
- Roteiro de observação;
- Prancheta, papel e caneta.
- Reservar um período para realizar a observação e acompanhamento das atividades da enfermeira/participante;
- Perguntar à enfermeira se há a possibilidade de acompanhamento durante as atividades desenvolvidas no período;
- Anotar gestos não verbais, sentimentos, etc.

DADOS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

• CS A

E1: enfermeiro da equipe da ESF

População que atende: 3.425 habitantes

Distrito Sanitário: Sul

Número de equipes da ESF: 1

Número de profissionais: 17

• CS B

E2: Enfermeiro da equipe da ESF

População que atende: 3.314 habitantes

Distrito Sanitário: Sul

Número de equipes da ESF: 4

Número de profissionais: 40

• CS C

E3: Enfermeiro da Equipe da ESF

População que atende: 2.403 habitantes

E4: Enfermeiro da Equipe da ESF

População que atende: 2.735 habitantes

E5: Enfermeiro da Equipe da ESF

População que atende: 2.254 habitantes

Distrito Sanitário: Leste

Número de equipes da ESF: 6

Número de profissionais: 71

• CS D

E6: Enfermeiro Equipe da ESF

População que atende: 2.400 habitantes

Distrito Sanitário: Leste

Número de equipes da ESF: 3

Número de profissionais: 27

• CS E

E7: Enfermeiro da Equipe da ESF

População que atende: 2.244 habitantes

Distrito Sanitário: Continente

Número de equipes da ESF: 3

Número de profissionais: 30

• CS F

E8: Enfermeiro da Equipe da ESF

População que atende: 4.613 habitantes

Distrito Sanitário: Centro

Número de equipes da ESF: 4

Número de profissionais: 36

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BITTAR, T. O.; MENEZES, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 24, out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F.; ANDRADE, S. R. **Gestão e avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

GERHARDT, T. E.; PINTO, J. M.; RIQUINHO, D. L.; ROESE, A.; SANTOS, D. L.; LIMA, M. C. R. Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em Sistemas de Informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1221-1232, 2011.

MAIA, L. D. G.; CORRÊA, J. P. R.; LOPES, A. C. F. M. M.; NETO, J. F. R. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 359-370, 2010.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da Atenção Básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 581-586, 2010.

SILVA, N. A.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. J. B. **Epidemiologia e Indicadores de Saúde**. Londrina: UEL, 2001.

THAINES, G. H. L. S.; BELLATO, R.; FARIA, A. P. S.; ARAÚJO, L. F. S. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro individual para entrevista semiestruturada sobre a utilização dos indicadores de saúde do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) como uma ferramenta para os enfermeiros no planejamento das ações locais em Centros de Saúde (CS) de Florianópolis.

Data:	Participante:
Nome:	
Idade:	Sexo:
Telefones:	E-mail:
Centro de Saúde:	Equipe ESF:
Ano de formatura na graduação:	
Tempo neste cargo:	
Curso de Pós-graduação:	

Questão norteadora: *Como os enfermeiros que atuam na ESF utilizam os indicadores de saúde do SIAB no planejamento das ações locais de saúde?*

Informação em Saúde/Indicadores

- No seu dia a dia você faz registro das suas atividades? Quais? Onde?
- Para realizar as atividades/planejar ações, você precisa de algum tipo de informação complementar? Onde procura? Considera-a satisfatório?

SIAB

- Você conhece o SIAB?

Se sim:

- Como você utiliza as informações do SIAB?
- Quais são os indicadores do SIAB mais utilizados?
- Como você avalia o SIAB?

Se não, por quê?

- Sua equipe foi uma das que melhor preencheu os seguintes indicadores: NFAMICAD, NVISITAS, NGESCAD, NGESAC, D_DIABETE, D_DIAAC, D_HIPERTEN, D_HIPERAC. Você utiliza esses indicadores de saúde?

Se sim:

- Como? Qual a finalidade? Em que momento?

Se não, por quê?

- Você gostaria de fazer algum tipo de sugestão relacionada SIAB?

Planejamento

- Como é desenvolvido o planejamento das ações locais de saúde da equipe?
- Os indicadores do SIAB são utilizados pela equipe para realização do planejamento das ações locais de saúde?

Se sim:

- Como?
- Quais indicadores do SIAB são mais utilizados no planejamento das ações locais de saúde?

Se não, por quê?

- Os indicadores de saúde NFAMICAD, NVISITAS, NGESCAD, NGESAC, D_DIABETE, D_DIAAC, D_HIPERTEN, D_HIPERAC são utilizados no planejamento das ações locais de saúde?

Se sim:

- Como? Com qual finalidade? Em que momento?

Se não, por quê?

- O planejamento das ações é realizado com o auxílio de outros profissionais da ESF?

Se sim:

- Como? Quais profissionais?

Se não, por quê?

• Que tipos de ações em saúde são planejadas com o uso dos indicadores do SIAB?

Informação em saúde/Equipe da ESF

• Você realiza o retorno das informações em saúde/indicadores/SIAB às equipes da ESF? (sua e demais)

Se sim:

- Como ocorre?

Se não, por quê?

• Como são as reuniões da sua equipe de saúde? Qual a periodicidade? •

Você utiliza algum tipo de informação nessas reuniões? Quais?

APÊNDICE C - ROTEIRO OBSERVAÇÃO NÃO-PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO OBSERVAÇÃO NÃO-PARTICIPANTE

- Observar a utilização de informações no planejamento das ações locais de saúde pelo enfermeiro.
- Observar quais informações/dados/indicadores do SIAB são mais utilizados pelo enfermeiro no planejamento das ações locais de saúde.
- Observar como é realizada a supervisão da coleta e registro dos dados do SIAB pela equipe da ESF, principalmente os ACS.
- Observar se ocorre o retorno das informações às equipes da ESF quanto às informações obtidas pelo SIAB.
- Observar se ocorre orientação à equipe da ESF quanto à utilização e importância dos dados do SIAB. Se sim, como ela é realizada?
- Observar na reunião semanal se o enfermeiro realiza orientações à equipe de saúde sobre a coleta e o registro dos dados do SIAB. Se sim, como ocorre?

Registros - Diário de Campo

Dia	Centro de Saúde	Equipe da ESF	Observação

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Monique Haenske Senna, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **Informação para a tomada de decisão: uso dos indicadores de saúde no planejamento das ações locais de saúde**, que tem como objetivo *compreender como são utilizados os indicadores de saúde do SIAB como uma ferramenta para o planejamento das ações locais em Centros de Saúde de Florianópolis.*

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio desse termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita. Informo que a pesquisa não trará riscos à sua pessoa. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição.

Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

A pesquisadora, Monique Haenske Senna, está disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99023917, pelo e-mail moniquehsenna@gmail.com ou pessoalmente. O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que desejar, mediante solicitação.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações, geradas, e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO: USO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES LOCAIS

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09820812.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 146.152

Data da Relatoria: 12/11/2012

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE 09820812.3.0000.0121) intitula-se INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO: USO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES LOCAIS, subsidia um projeto de DiSSERTAÇÃO vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (CCS) da UFSC, orientado pela Profa. Dra. Selma Regina de Andrade, que assina como responsável na Instituição.

A pesquisa tem caráter exploratório e descritivo. A abordagem compreende métodos mistos, com estratégia metodológica de estudo de multicase e enfoque qualitativo dos dados.

Para o levantamento de dados optou-se pelas técnicas de pesquisa documental, entrevista semi-estruturada e observação não-participante.

O estudo (a partir de dados coletados por meio de entrevistas/instrumento) será realizado com 28 enfermeiros (número total da amostra de participantes) que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário Continente do município de Florianópolis. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a coleta de dados iniciará em Janeiro de 2013, estendendo-se até Maio do mesmo ano.

Além disso, dados quantitativos serão coletados mediante consulta ao banco de dados (disponível ao público) do SIAB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, referentes aos

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

relatórios mensais dos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Continente abrangendo o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, totalizando cinco anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer de que maneira os indicadores de saúde do SIAB são utilizados pelos enfermeiros na tomada de decisão e no planejamento das ações locais em Centros de Saúde de Florianópolis.

Objetivos Secundários:

Identificar e descrever quais indicadores de saúde do SIAB são utilizados pelos enfermeiros na tomada de decisão para o desenvolvimento de ações de saúde e de enfermagem.

Analisar o processo de planejamento das ações de enfermagem e de saúde a partir do uso de dados e informações coletadas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A proponente considera que a pesquisa não envolverá riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretará implicações institucionais aos seus participantes.

No entanto, a nosso juízo sempre há que se considerar a existência de riscos inerentes a pesquisa, quando esta envolve a participação de seres humanos. Por exemplo, deve ser considerada pelo pesquisador a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. Neste contexto, é preciso considerar ainda que o fator de risco inclui todo e qualquer tipo de contrangimento.

Além disso, sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, como é o caso de profissionais empregados devem ter assegurada a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias.

Benefícios:

Quanto aos benefícios do estudo, os mesmos são visualizados no sentido de contribuir com a visibilidade da profissão e a própria atuação dos enfermeiros na utilização dos indicadores de saúde no planejamento das ações e na tomada de decisão.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo iniciará com a análise dos dados quantitativos para que a teoria e os conceitos sejam testados, prosseguindo com a análise dos dados qualitativos, promovendo a exploração detalhada de cada caso.

As fontes de informações serão analisadas separadamente, desdobrando-se em três momentos distintos:

Momento 1 - quantitativo: os dados quantitativos serão descritos a partir da utilização do programa Excel. A análise ocorrerá por meio de índices frequenciais absolutos e relativos e correlações estatísticas.

Momento 2 - qualitativo: as entrevistas transcritas serão analisadas e agrupadas segundo subcategorias e categorias, gerando temas para análise e discussão.

Momento 3 - qualitativo: as observações anotadas em um diário de campo auxiliarão a corroboração com as demais fontes de dados. A análise dos dados quantitativos será realizada com o uso de procedimentos estatísticos.

A análise de conteúdo dos dados qualitativos será realizada através da análise temática por categoria e subcategorias dos dados relativos aos temas sugeridos pelas entrevistas, resultando na classificação progressiva dos elementos da pesquisa.

O passo seguinte é a triangulação de dados, onde ocorre a comparação dos dados de outras fontes de informações, neste caso, com a entrevista realizada com os participantes, a observação de campo e a pesquisa documental no banco de dados do SIAB. Foi selecionada a estratégia de triangulação concomitante, onde o pesquisador busca confirmar proposições, realizar a validação cruzada dos dados ou corroborar resultados dentro do mesmo estudo. Os resultados desta interpretação servirão de base para a discussão do problema em estudo, culminando com a elaboração das conclusões e contribuições para estudos futuros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: (1) folha de rosto; (2) Formulário Projeto da Pesquisa (Incluindo: Orçamento e Patrocinador, Instrumentos da Pesquisa, e Cronograma de Execução); (3) projeto de pesquisa estruturado (projeto de Dissertação); (4) TCLE; (5) Declaração intitulada: Autorização para Coleta de Dados, firmada pela responsável na instituição participante

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



(Sistema Municipal de Saúde da PMF).

Recomendações:

Não se aplica, em relação ao presente Processo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A análise dos documentos inseridos no Processo mostra que a proposta contempla princípios éticos, segundo os preceitos emanados pela legislação vigente que trata da participação da ética de seres humanos em pesquisa. Em razão do exposto, encaminho voto Favorável à Aprovação do Projeto em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer foi colocado em discussão e Aprovado no Colegiado em 12/11/2012.

FLORIANOPOLIS, 14 de Novembro de 2012

Assinador por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br