

# SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E SUA UTILIZAÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## INFORMATION SYSTEM OF PRIMARY CARE AND ITS USE BY THE TEAM OF FAMILY HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW

Bárbara Radigonda<sup>1</sup>; Marília Ferrari Conchon<sup>2</sup>; Wladithe Organ de Carvalho<sup>3</sup>; Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Bolsista CNPQ graduanda do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

<sup>2</sup> Graduanda do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

<sup>3</sup> Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva, Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Correspondência: **Bárbara Radigonda** ([barbara\\_2887@hotmail.com](mailto:barbara_2887@hotmail.com))

### RESUMO

O objetivo do estudo é analisar a produção científica sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e sua utilização pelas Equipes de Saúde da Família. Foi realizada revisão integrativa nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo, e Biblioteca Virtual de Saúde Pública sendo utilizados, como critérios de inclusão, artigos originais, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado para a análise dos artigos encontrados. A leitura dos artigos foi norteada pelas seguintes questões: "O SIAB é utilizado pelas equipes de saúde para direcionar suas ações?", "Quais as dificuldades dos diferentes profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família em utilizar o SIAB?", "Quais as recomendações feitas pelos estudos em relação ao sistema?". Foram identificados 109 artigos sendo selecionados 18 para o presente estudo. Os estudos revelam que o sistema tem pouca utilização quando comparado às suas potencialidades ou não é utilizado pela maioria das equipes. As dificuldades citadas referem-se às fichas do SIAB quanto à interpretação, conteúdo e quantidade; capacitação dos profissionais e a prática da utilização dos dados para direcionar ações. Os tipos de ações mais sugeridas pelos estudos foram: a implementação de educação permanente; espaços para reflexão da importância da sua utilização para o trabalho realizado pela equipe e mudanças no sistema de acordo com a realidade local. Conclui-se que para a utilização dos dados é necessário ocorrer mudança na organização do processo de trabalho em saúde.

**Descritores:** Saúde da Família; Sistemas de Informação; Atenção Básica.

### ABSTRACT

The study is to review scientific literature on the Information System (SIAB) and its use by teams of Family Health. Integrative review was conducted in the databases Lilacs, Medline, Scielo, and Virtual Library Public Health and are used as criteria for inclusion original articles, monographs, dissertations and doctoral theses for the analysis of the items found. The text of the articles was guided by the following questions: "The ISPC is used by health teams to guide their actions?", "What are the difficulties of the various professionals working in the Health Team to use the Family SIAB?", "What the recommendations made by the studies with the system? ". We identified 109 articles 18 were selected for this study. Studies show that the system has little use when compared to their potential or not used by most teams. The difficulties cited refer to the chips of the ISPC on the interpretation, content and quantity, professional training and practice of using data to guide actions. The types of actions most studies were suggested by the implementation of lifelong learning; spaces for reflection of the importance of their use for the work of the team and system changes in accordance with local realities. Concluded that the use of the data must be changes in the organization of the work process in health.

**Key words:** Family Health; Information Systems; Basic Care.

## INTRODUÇÃO

As modificações ocorridas no modelo de atenção à saúde, que envolvem a descentralização dos serviços, requerem mecanismos e estratégias que acompanhem as reformas que vêm acontecendo na administração pública<sup>1</sup>. Com intuito de aproximar os serviços de saúde da população, o Ministério da Saúde priorizou os Programas de Agentes Comunitários (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) a fim de otimizar os recursos e superar o modelo assistencial médico-hospitalar na busca de qualificar as ações de saúde<sup>2</sup>.

Na atenção à saúde é importante conhecer as características da população onde se atua e os fatores de risco e os determinantes do processo saúde-doença, para subsidiar o planejamento, a organização, a tomada de decisões e a avaliação de ações e serviços. Os sistemas de informação contribuem para que os dados se transformem em informação e, posteriormente, em conhecimento para a equipe de saúde<sup>3</sup>.

Com o avanço da municipalização da gestão dos serviços de saúde, decorrente da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, houve crescente descentralização da produção das informações em saúde. O trabalho das equipes dos programas (PACS e PSF) tem gerado quantidade significativa de dados, de modo que as informações produzidas que eram recolhidas e arquivadas manualmente demonstravam-se insuficientes para o aproveitamento dos dados coletados<sup>2</sup>.

Em 1998 formulou-se um sistema para o gerenciamento das informações produzidas pelas equipes de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este sistema tem como referência uma determinada base populacional e auxilia no planejamento e avaliação das próprias equipes de saúde, unidades básicas e gestores de saúde, frente ao quadro epidemiológico apresentado naquele momento<sup>2</sup>.

Desde a implantação da Estratégia da Saúde da Família no município de Londrina, as Unidades de Saúde da Família utilizam o SIAB para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes<sup>4</sup>. Neste município foi concluído, em 2005, o curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde para profissionais da rede básica, da média e da alta complexidade, realizado a fim de transformar e qualificar a atenção e as práticas de saúde. Em avaliação do resultado desta intervenção identificou-se que os dados produzidos nas unidades básicas de saúde não têm sido transformados em conhecimento

que direcione a prática das equipes de saúde nos seus territórios<sup>5,6</sup>.

Além disso, em atividades nas quais alunos de uma das universidades do município deveriam traçar o perfil epidemiológico das unidades, observou-se também a fragilidade do sistema e a subutilização de seus instrumentos.

Verificou-se, assim, a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o uso e aplicação do SIAB, com o objetivo de compreender as dificuldades e fragilidades referidas pelos profissionais de Equipes de Saúde da Família em relação à sua utilização e identificar as recomendações da literatura para melhorias no referido sistema.

## METODOLOGIA

O SIAB emite relatórios compostos por dados coletados diariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio das visitas domiciliares. As informações são recolhidas em fichas de cadastramento (Ficha A) e acompanhamento (Fichas B e C) e agrupadas nos relatórios de consolidação para análise. As fichas devem ser revisadas periodicamente pelo instrutor/supervisor<sup>2</sup>.

A ficha A é destinada ao cadastramento das famílias, sendo preenchida nas primeiras visitas realizadas pelo ACS. Ela permite conhecer as características da população quanto ao número de pessoas que residem na casa e suas condições de vida. Os ACS devem estar atentos às alterações familiares, tais como óbito, nascimento, mudança de ocupação, e registrá-las para manter dados atualizados<sup>2</sup>.

As fichas de acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários são denominadas de Ficha B (gestantes, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose) e Ficha C (Cartão da criança). Estes grupos são acompanhados mensalmente atentando-se para mudanças e complicações. O estado de saúde das gestantes é acompanhado desde a detecção da gravidez até o puerpério<sup>2</sup>.

Para analisar o uso desta ferramenta, foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e Biblioteca Virtual de Saúde Pública. As revisões integrativas são um recurso importante, pois consiste na síntese de resultados obtidos de um problema específico, facilitando desta forma o acesso às informações na área da saúde. O tempo limitado dos profissionais e a quantidade e complexidade das informações têm determinado o desenvolvimento de processos que disponibilizam caminhos concisos até os resultados oriundos das pesquisas<sup>7</sup>.

Utilizou-se o termo SIAB como palavra de busca e não houve restrição de ano. Posteriormente, foram consultadas também as referências citadas pelos autores estudados, cujo assunto correspondesse ao objetivo do estudo. A leitura dos artigos foi norteadora pelas seguintes questões: “O SIAB é utilizado pelas equipes de saúde para direcionar suas ações?”, “Quais as dificuldades dos diferentes profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família em utilizar o SIAB?”, “Quais as recomendações feitas pelos estudos em relação ao sistema?”.

Foram incluídos artigos originais, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Foram excluídas as repetições, os textos e livros do Ministério da Saúde (manuais e análise de indicadores do SIAB), pesquisas internacionais nas quais a sigla SIAB correspondia, entre outras, a *Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa*, *side impact airbag*, *sialic acid synthetase*, *sperm-immobilizing antibodies*, além de outras referências que não atendiam aos objetivos da presente revisão. Estes critérios foram adotados pelo fato desta revisão ter interesse em explorar o uso do sistema, com foco na prática dos trabalhadores de saúde que preenchem as fichas e relatórios.

Alguns textos estavam disponíveis online e outros tiveram que ser adquiridos no sistema de comutação bibliográfica através da biblioteca setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

O registro da análise inicial dos artigos foi realizado em instrumento contendo os seguintes aspectos: título da pesquisa, autores, local em que foi realizado o estudo, objetivo da pesquisa, metodologia utilizada,

tipo de pesquisa, ano de coleta de dados, resultados obtidos, recomendações dadas pelos autores. Após seleção dos artigos, houve análise comparativa entre os resultados dos estudos e construção de categorias de acordo com as questões norteadoras deste estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontradas seis referências no Scielo, 38 no Lilacs, 26 no Medline e 34 na Biblioteca Virtual de Saúde Pública; as referências citadas pelos autores estudados foram cinco. Foram excluídas 15 repetições, 29 textos e livros do Ministério da Saúde, 23 pesquisas internacionais, 27 referências que não avaliavam o SIAB e/ou o utilizavam apenas como fonte de dados. Totalizaram-se 15 referências que atingiam os objetivos da revisão: seis artigos originais, duas monografias, seis dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Realizou-se nova busca após seis meses nas diversas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde utilizando os mesmos critérios da pesquisa para incluir trabalhos recentes, sendo incluídas três referências.

Nos 18 trabalhos incluídos verificou-se que os estudos apresentavam análises quanto a: utilização do SIAB no planejamento das ações (13), dificuldades de utilização e fragilidades do SIAB (16) (Quadro 1) e recomendações direcionadas à melhoria e/ou ao melhor aproveitamento do potencial do sistema (15).

**Quadro 1** - Síntese das fragilidades apontadas pelos estudos selecionados segundo objetivos da pesquisa integrativa sobre SIAB, 2010.

Referências	Fragilidades apontadas
FRANÇA (2001) <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há discussão sobre os dados do SIAB.</li> <li>• Há dificuldade de análise pelo fato do consolidado não retornar do nível central para as equipes.</li> <li>• Existe sobrecarga dos profissionais por trabalhos manuais na consolidação.</li> </ul>
SILVA e LAPREGA (2005) <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há pouca utilização do SIAB para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão em nível local.</li> <li>• Dificuldade de identificação de indivíduos no software.</li> <li>• Número limitado de doenças referidas no software.</li> </ul>
FREITAS e PINTO (2005) <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há utilização e envolvimento esporádicos com o SIAB.</li> <li>• Dificuldades da equipe em trabalhar com análise, monitoramento e avaliação de dados.</li> <li>• Alta rotatividade dos ACS que acarreta:</li> <li>• Preenchimento inadequado, interpretação e dificuldade no entendimento da finalidade das fichas.</li> </ul>
PETERLINI e ZAGONEL (2006) <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os relatórios são emitidos em diferentes formatos.</li> <li>• Falhas no preenchimento do sistema.</li> </ul>

Quadro 1 - Continuação.

Referências	Fragilidades apontadas
MARCOLINO (2008) <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema não é utilizado para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas.</li> <li>• Há dificuldades para operacionalizar o SIAB e preencher as fichas.</li> <li>• Falta de capacitação dos profissionais.</li> <li>• Não realização de educação permanente.</li> <li>• Uso de registros informais.</li> <li>• Falta de supervisão sistematizada do preenchimento das fichas do SIAB pelos ACS.</li> </ul>
BARBOSA (2006) <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O SIAB não tem sido utilizado para nortear as ações e atividades profissionais.</li> <li>• Nem todos os profissionais da equipe sabem manusear ou entraram em contato com o sistema.</li> <li>• O software não consegue atualizar as idades automaticamente a cada ano.</li> <li>• Os ACS desconhecem a finalidade do sistema.</li> <li>• Existem informações desnecessárias para a realidade local.</li> <li>• Falta de treinamento.</li> </ul>
ARCHETTI, (2002) <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há utilização do SIAB para desenvolver ações.</li> <li>• Há pouco conhecimento dos profissionais sobre o SIAB e a sua aplicação.</li> <li>• O profissional é inserido sem prévio treinamento.</li> </ul>
BERGO (2006) <sup>14</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As equipes não têm utilizado o SIAB no planejamento e na avaliação das ações de saúde.</li> <li>• Há déficits na atualização do cadastro das famílias, na consolidação dos dados.</li> <li>• Falta de informações nas fichas sobre raça/cor e naturalidade.</li> <li>• Diferentes formas de contratação dos profissionais.</li> <li>• Falta ou inadequação da estrutura física das unidades de saúde.</li> </ul>
SANTOS (2003) <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema é pouco utilizado no processo de decisão e controle das ações.</li> <li>• Há dificuldade na atualização dos dados que compõem a ficha A.</li> </ul>
GONÇALVES (2001) <sup>16</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de treinamento dos ACS para o preenchimento de questionários.</li> <li>• Déficit na retroalimentação.</li> <li>• Indicadores ambientais restritos.</li> </ul>
RIGOBELLO (2006) <sup>17</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há dificuldades para o preenchimento das fichas do SIAB.</li> <li>• Observou-se reduzido manuseio das Fichas B.</li> <li>• O sistema não está condizente com a realidade local.</li> </ul>
PORTUGAL (2003) <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema não permite análise de forma desagregada.</li> <li>• Há excesso de tempo gasto nas unidades para consolidação dos relatórios.</li> <li>• Ausência da informação espacial, em escala compatível com a família/domicílio.</li> </ul>
MELLO JORGE e GOTLIEB (2001) <sup>19</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há interligação do Sistema de Informação de Mortalidade com o SIAB.</li> </ul>
RODRIGUES, ANDRADE, FREITAS, ESPÍNOLA (2000) <sup>20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema não é utilizado para o planejamento.</li> <li>• Os municípios não estão informatizados.</li> <li>• Há falta de qualidade dos dados.</li> <li>• Há relatórios incompletos.</li> </ul>
FUNAI, GARCIA, ASSONI, ALVES, CARVALHO (2004) <sup>21</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há pouca utilização dos dados do SIAB para realizar algum tipo de intervenção.</li> </ul>
SILVA, OLIVEIRA (2010) <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulários não contemplando os anos de estudo da população.</li> <li>• Inserção da gestação em doença ou condição referida.</li> <li>• Divergência dos dados do relatório SSA2 e ficha A.</li> </ul>
BITTAR et al (2009) <sup>23</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de dados subjetivos relevantes.</li> <li>• Ausência de dados sobre saúde bucal na ficha D.</li> </ul>
FERREIRA, SCHIMITH, CACERES, (2010) <sup>24</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade de preenchimento e o não conhecimento dos formulários do SIAB referido por profissionais médicos, auxiliares de enfermagem e dentistas.</li> </ul>

As pesquisas utilizaram o método quantitativo predominantemente para caracterizar os profissionais de saúde estudados. A metodologia qualitativa e exploratória descritiva foi utilizada em 86,7% dos estudos, escolha justificada pelos autores como sendo ideal e flexível para ampliar o conhecimento, a busca pela compreensão da realidade, além de, permitir a observação, descrição e exploração de determinados aspectos que são limitados na pesquisa quantitativa.

O SIAB necessita de estudos que retratem a realidade que não pode ser quantificada e que permitam a avaliação de opiniões, ações, conhecimentos, intenções e atitudes, essenciais para analisar o conhecimento sobre utilização, dificuldades, fragilidades do sistema e recomendações por quem gera os dados, ou seja, os profissionais da saúde.

### **A utilização do SIAB pelas equipes de saúde para direcionar ações.**

Verificou-se o reconhecimento de que o SIAB constitui-se em um instrumento fundamental para a gestão das unidades do PSF<sup>8,23</sup> e, que em determinadas regiões do país, pode ser utilizado para preencher deficiências de cobertura dos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos e de Mortalidade<sup>19</sup>.

A utilização do SIAB como instrumento do trabalho da Equipe de Saúde da Família foi útil na identificação e avaliação das famílias; na construção de indicadores de saúde; na definição de prioridades; na organização do trabalho; na programação local e no direcionamento das visitas domiciliares, sendo estas evidenciadas nas falas dos ACS e do técnico de enfermagem<sup>9</sup>.

*(...) essa ficha me ajuda muito (...) então eu olho e sei o que é prioridade preciso visitar mais vezes (...) preciso do SIAB para organizar o meu trabalho, preciso ver a medicação, as pessoas que lá moram (...) controle de gestante... (A)<sup>9</sup> (p. 552).*

*(...) você pega as fichas e vai para uma visita preparada (...) já faz uma visita direcionada (T)<sup>9</sup> (p. 552).*

Outro estudo demonstra através da fala de uma enfermeira a importância da avaliação dos dados, citando:

*[...] olha, depois da avaliação que nós realizamos em março, tudo mudou, tivemos que redirecionar as ações do programa da saúde da família, e isto só foi possível pela*

*ação da avaliação e dos dados obtidos. Até o mapa que você vê na parede é baseado nas informações do SIAB (Amor-perfeito-4)<sup>10</sup> (p. 24).*

Apesar do reconhecimento por parte de alguns membros da equipe sobre a importância do SIAB como ferramenta para nortear ações de acordo com a realidade local, muitos membros da equipe a desconhecem, fato sinalizado em dois artigos:

*Oito entre nove enfermeiros citaram o SIAB como um sistema de informação para planejamento de ações da Equipe de Saúde da Família, assim como cinco dos nove auxiliares de enfermagem. Para metade dos médicos e para a maioria dos ACS o SIAB é um banco de dados<sup>11</sup> (p.41).*

*Pouca utilização na programação local e desconhecimento da sua finalidade por alguns membros da equipe, principalmente pelo agente comunitário de saúde<sup>9</sup> (p. 552).*

O fato de poucos ACS terem citado o sistema como instrumento de planejamento das ações, pode estar vinculada ao menor uso do sistema para esta finalidade nas ESF estudadas<sup>11</sup>.

Mesmo destacando a importância do SIAB para a gestão local, os estudos revelam que ele é pouco ou não é utilizado pela maioria das equipes quando comparado às suas potencialidades. O sistema é usado mais para a pesquisa do que como instrumento norteador de ações dentro da unidade<sup>12</sup>, fato evidenciado no processo de busca de artigos para o presente estudo: 44,7% dos artigos da base de dados LILACS utilizavam o SIAB como fonte de dados.

A subutilização do SIAB é justificada por diferentes aspectos do processo de trabalho, tanto no âmbito organizacional como no de relações humanas. Muitos gestores receberam o PSF como mais um programa verticalizado, reforçando a visão segmentada e fragmentária que esse processo acarreta. Trabalham isoladamente com o hipertenso, o diabético e as metas que devem ser cumpridas, sem qualquer preocupação com o nexo que essas prescrições podem ter com a realidade de cada área de abrangência do PSF<sup>15</sup>.

A dificuldade de disponibilização dos dados do SIAB para a Equipe de Saúde da Família reforça a ausência de rotina de análise dos dados pelas unidades. O planejamento das ações, inclusive o monitoramento e a avaliação, são atribuições com pequena aceitação e compromisso por parte dos

profissionais e equipes de saúde. A maioria preocupa-se especificamente com o atendimento da demanda e preenchimento das fichas<sup>9,11</sup>.

Outros aspectos referidos foram: a falta de tempo para análise dos relatórios devido ao excesso de trabalho; a dificuldade de relacionamento no grupo; de compreensão do modelo por parte dos profissionais e autoridades, principalmente por não aceitarem o regime de 40 horas semanais e a resistência à implantação de acolhimento à demanda<sup>8,13,14</sup>.

Dentro disso, achados de pesquisa apontam para inconsistências das informações obtidas pelo sistema, de forma a sugerir a repensar a qualidade da coleta de dados, a digitação dos mesmos e a regularidade da alimentação do sistema<sup>24</sup>.

### **Dificuldades dos profissionais em utilizar o SIAB e fragilidades do sistema**

Os profissionais médicos, auxiliares de enfermagem e dentistas referiram ter dificuldades relacionadas ao conhecimento e preenchimento das fichas<sup>24</sup>. Os ACS apresentaram dúvidas na determinação do estado nutricional da gestante e nos campos de registro de pressão arterial e dieta, quando do preenchimento das fichas de acompanhamento de gestante e hipertensos, respectivamente<sup>8</sup>, quanto à definição de casas de taipa revestida ou em sua caracterização quando havia mistura de materiais sem que os mesmos fossem oriundos de aproveitamento<sup>14</sup>.

O manual técnico do SIAB é insuficiente para sanar as dúvidas dos trabalhadores.

*Algumas enfermeiras também se queixaram do manual técnico do SIAB, classificando-o de "superficial e pontual", pois não continha respostas às principais dúvidas sobre o SIAB, bem como não fornecia informações sobre como utilizar melhor todos os recursos que o sistema dispõe<sup>8</sup> (p. 1824).*

A educação permanente dos profissionais é essencial para que os mesmos conheçam os propósitos do sistema, seus objetivos e finalidades, e realizem de forma adequada a coleta de dados, a qual influencia na informação fidedigna da realidade e interfere no planejamento das ações. Um processo sistemático de educação permanente posterior propiciará ao profissional o conhecimento de todo o sistema e não somente das fichas que utiliza. É necessário entender desde o objetivo das visitas domiciliares até a execução das ações, estar capacitado para trabalhar em equipe e

compreender a importância da informação para a construção de um novo modelo de atenção<sup>13</sup>.

A falta de capacitação, devido à ausência de treinamentos específicos para o preenchimento das fichas e uso dos impressos foi referida como prejudicial à confiabilidade dos dados e à qualidade da informação.

Estudos afirmam que a capacitação é precária e não é realizada em várias unidades<sup>1,8,9,11-17</sup>; o profissional é inserido na atividade sem prévio treinamento, ou quando ocorrem, são poucos, inadequados<sup>13</sup>, insuficientes para sanar todas as dúvidas existentes<sup>8</sup>, direcionados somente para os recursos que o SIAB oferece para envio de relatórios, não abordando os outros recursos que o programa pode oferecer<sup>8</sup>. A falta de capacitação foi referida como prejudicial à confiabilidade dos dados, à qualidade da informação, à análise de dados e, por consequência, ao planejamento de ações:

*É importante considerar que na implantação e implementação deste sistema surgiram possibilidades de vieses, à medida que em geral não houve treinamento que objetivasse o nivelamento dos Agentes Comunitários de Saúde para o preenchimento de questionários<sup>16</sup> (p. 15).*

*É importante salientar que dentre as respondentes que apresentaram ter alguma dificuldade em relação às fichas do SIAB, a maior parte das citações é referente à falta de capacitação<sup>11</sup> (p. 55).*

*Pode-se sugerir que os profissionais, mesmo relatando em sua totalidade conhecer o SIAB, de fato conhecem as fichas mais utilizadas pela sua categoria profissional e não o sistema como um todo. Isto pode ocorrer devido à forma como foram capacitados para utilizar o sistema, visto que houve resposta de vários tipos de capacitação e até mesmo da falta da mesma para o uso do sistema. Acredita-se que os fatores acima relacionados podem contribuir para o prejuízo do trabalho em equipe e para o fortalecimento de práticas fragmentadas, inclusive no que diz respeito à confiabilidade dos dados disponíveis no sistema<sup>11</sup> (p. 53).*

*O despreparo de novos contratados, que não raras vezes são recém formados e iniciam o trabalho para o*

*qual não foram capacitados e que, na maioria das vezes, não têm sua cultura profissional sedimentada, desconhecendo a importância que um sistema de informação pode ter nas ações de planejamento das ações de saúde, fazem com que se mantenham as inconsistências causando prejuízos à análise dos dados*<sup>13</sup> (p. 43).

A rotatividade dos profissionais é um dos fatores que os estudos relacionam à falta de capacitação. A alta rotatividade dos trabalhadores interfere diretamente no preenchimento correto das fichas, uma vez que o profissional necessita familiarizar-se com os impressos, sendo para isso necessário um determinado tempo<sup>13</sup>. Alguns estudos demonstram que há diferentes formas de contratações dos profissionais da equipe de saúde da família, diferentes instituições e as equipes são contratadas sem concurso público<sup>13,14</sup>. Esses fatores de contratação dão início a um ciclo vicioso:

*Esta identificação na contratação desses profissionais infunde, nos mesmos, sentimentos de desmotivação, insegurança com relação à sua estabilidade empregatícia e os incentiva a buscarem ou a aceitarem novos cargos/empregos, desvinculando-se do SUS e, com isso, incrementando a rotatividade pessoal, que passa a atuar sem preparação prévia ou treinamento adequado*<sup>13</sup> (p. 42).

Algumas pesquisas referem que o sistema é “engessado” e apresentam críticas quanto ao conteúdo e quantidade das fichas<sup>9,12,14,16,17, 22</sup>. O grande número de fichas foi considerado dificuldade para sua utilização pelo ACS:

*Eu acho que é muita ficha para preencher. A gente gasta muito tempo aqui dentro fazendo relatório e preenchendo estas fichas. São importantes, né? Para você tá vendo o acompanhamento daquela pessoa, mas é muita [...] serviço burocrático acaba é [...] prendendo muito a gente aqui dentro, num horário que a gente podia estar na rua fazendo visita (ACS – NSF C)*<sup>12</sup> (p. 65).

Quanto ao conteúdo, várias sugestões foram observadas. Há carência de dados importantes para caracterizar as famílias atendidas, por ex. sobre vigilância ambiental, para o controle de riscos à saúde e avaliação da eficácia dos sistemas sanitários e de

qualidade ambiental<sup>16</sup>. Os formulários não contemplam os anos de estudo da população, dados socioeconômicos como renda familiar e algumas ocupações, raça/cor e naturalidade importantes para análise das iniquidades em saúde<sup>14,17</sup>. Em alguns tópicos não há dados subjetivos relevantes, tais como: estilo de vida, ausência ou presença de comportamentos nocivos, modo de pensar e agir, o que impede a utilização das técnicas psicopedagógicas usadas na construção do saber coletivo sejam readequadas<sup>23</sup>.

Há necessidade de tornar os dados coletivos em individuais, como por exemplo, vinculação a plano de saúde e utilização de meio de transporte<sup>17</sup>. O intervalo de faixa etária disponibilizado pelo sistema é inadequado para a população de abrangência da unidade, constituída, em sua maioria, por crianças e adolescentes<sup>12</sup>. O SIAB não contempla peculiaridades regionais que são importantes para a programação local, o registro de algumas atividades e de doenças<sup>17</sup> como a obesidade e depressão<sup>12</sup>, HIV, alcoolismo e uso de drogas, enquanto outras não características da região, como a malária, estão presentes<sup>9</sup>.

Observa-se que há perda de dados como no relatório “Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área”, em que a análise da morbimortalidade é limitada às causas de internação ou morte ali disponíveis, englobando as demais na opção “outras causas”<sup>22</sup>.

### **Recomendações para as práticas profissionais**

Os tipos de ações mais sugeridas pelos estudos foram a implementação de educação permanente a fim de melhorar o conhecimento do sistema pelos profissionais; promover a conscientização da importância do trabalho realizado; e realizar mudanças no sistema de acordo com a realidade local com o intuito de abranger as especificidades de cada região.

Os autores recomendam a implementação e investimento na educação permanente para que a mudança assistencial proposta pela Estratégia Saúde da Família possa se consolidar<sup>1,8,9,11-17</sup>. É necessário investir na capacitação de gestores e profissionais de saúde para que possam fortalecer a gestão local, a resolutividade do trabalho, a avaliação epidemiológica e suas relações com a realidade<sup>15</sup>. Os coordenadores técnicos e os responsáveis em nível estadual e regional devem estar bem preparados para prestar assessoria de qualidade aos municípios<sup>13</sup>. É importante aprimorar a qualificação e a especialização dos funcionários envolvidos no PSF através do ensino-aprendizagem<sup>13</sup>.

Há destaque para a ligação entre capacitação e inclusão de espaço para as discussões direcionadas às especificidades locais. Essas devem ser inseridas na prática dos serviços e profissionais envolvidos e realizadas através da apresentação das informações geradas pelo SIAB às equipes e Conselho Municipal de Saúde para realizar o planejamento das ações de acordo com as necessidades apresentadas<sup>1,9-17,21</sup>, e assim envolver todos neste processo de construção da sociedade promovendo a cidadania através da participação ativa da comunidade<sup>17</sup>.

Os trabalhos sugerem que treinamentos sejam realizados sempre que nova turma de agentes comunitários for contratada, enfatizando todos os contextos do SIAB<sup>9</sup>, e que sejam baseados nas realidades locais como uma forma de reduzir as dificuldades do dia-a-dia dos membros da equipe e enfatizar a importância de coletar os dados<sup>12,13</sup>.

*Salientamos a necessidade de intensificar o processo de capacitação das equipes para a operação do SIAB (quanto à coleta, registros e análise dos dados), bem como estruturar grupos para uma análise e discussão sistemática das informações disponibilizadas pelo sistema, por parte das coordenações estadual e municipal do programa<sup>1</sup> (p. 76).*

É necessário adequar o sistema de acordo com a realidade local, para este funcionar com informações específicas de cada região<sup>9,12</sup>, incluir variáveis sobre vigilância ambiental<sup>18</sup>; acrescentar espaço para registrar outras atividades desenvolvidas<sup>12</sup>, doenças regionais, características socioeconômicas como renda e outros indicadores condizentes com as necessidades da região<sup>9,12</sup>, rever os intervalos das faixas etárias, e acrescentar dados de saúde bucal na ficha D que se refere ao registro das atividades, procedimentos e notificações<sup>23</sup>.

Em cada realidade seriam escolhidos indicadores contextualizados que poderiam ser organizados em uma matriz hierárquica. O bairro, o distrito, o município, estado e o país seriam os níveis superiores de análise. As especificidades locais ficariam para uso apenas das equipes locais e necessárias para intervenção nos problemas identificados. Assim diversas situações de risco à saúde podem ser monitorizadas, e com o reconhecimento imediato dos usuários poder-se-ia intervir de forma eficaz, minimizando tais fatores<sup>16</sup>.

O sistema possui um grande potencial, porém o mesmo deve passar por readequações para que sua utilidade seja

ampliada, uma vez que este é utilizado como instrumento de gestão que demonstra a realidade e peculiaridades locais<sup>23</sup>.

Recomenda-se a inserção dos anos de estudo da população nos questionários do sistema, uma vez que este dado proporciona o conhecimento da alfabetização, se possuem uma real capacidade de entendimento ou se são analfabetos funcionais<sup>22</sup>.

Com relação ao saneamento, sugerem variáveis como: intermitências no sistema de abastecimento de água, existência ou não de reservatórios internos (caixa d' água), tipo de rede coletora de esgoto (condomínial ou convencional); tipo e frequência de coleta de lixo; indicativos de manutenção dos sistemas de abastecimento de água e coleta de esgoto. Estes seriam indicadores qualitativos fundamentais para orientar ações de promoção, proteção e prevenção em saúde<sup>16</sup>.

São recomendadas mudanças na estrutura física das unidades para proporcionar ambiente de trabalho adequado e estimular o trabalhador, e também a compra de computadores, considerando que esse material não está disponível a todas as unidades em quantidade necessária, o que reflete no maior tempo gasto pelos profissionais pela espera do computador<sup>9,14</sup>.

Autores lembram que somente os recursos concretos, como mudanças nas fichas, realizar educação permanente, mudanças estruturais e materiais não são suficientes para que o processo de análise de dados e discussão dos mesmos seja efetivo. Há necessidade de aprender trabalhar em equipe e implantar na rotina das unidades a análise dos dados<sup>12,13,15</sup>. "A cultura da utilização dos dados gerados no próprio processo de produção de serviços de saúde para acompanhar e avaliar resultados de suas ações sobre a dinâmica epidemiológica ou administrativa é praticamente inexistente no país"<sup>15</sup>.

## CONCLUSÕES

A análise dos estudos selecionados permitiu verificar que os profissionais envolvidos com o SIAB reconhecem suas potencialidades quanto ao apoio para a gestão do PSF, porém mesmo diante de sua importância, ele não é utilizado para o planejamento local das ações, por motivos tais como a resistência ao modelo e não inclusão da discussão dos dados nas rotinas diárias da equipe.

Há dificuldade por parte dos profissionais, os quais têm dúvidas em relação à interpretação e significado dos campos a serem preenchidos nos formulários existentes.

Para os ACS, verificou-se que a capacitação, em geral, é insuficiente para manusear as fichas e a ausência de discussão em equipe dificulta sua compreensão por não verificar resultados concretos de seu trabalho. A alta rotatividade também prejudica o processo e impede a interação do profissional com o sistema.

As principais fragilidades relacionaram-se à falta de educação permanente, e à padronização do sistema que é verticalizado, não atendendo às especificidades locais, fatores que prejudicam a coleta de dados e geram informações muitas vezes não condizentes com a realidade local e, por consequência, subutilizando o sistema. Diante disso, é necessário refletir sobre a fidedignidade dos dados utilizados para obtenção de resultados em pesquisas devido ao preenchimento incorreto e às subnotificações.

Os resultados disponibilizados pelos estudos recomendam mudanças nas fichas, a fim de atender a realidade local e vigilância ambiental; implantar educação permanente nas unidades; melhorar a qualidade da coleta de dados e melhorar recursos materiais. Mas, além disso, há necessidade de implantar a cultura da utilização de dados e trabalho em grupo, sendo que este fator depende da mudança da organização do processo de trabalho em saúde.

## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação Araucária pelo financiamento do presente estudo.

## REFERÊNCIAS

1. França T. **Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório** [dissertação]. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1998.
3. Mota E, Carvalho DMT. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida NF. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 605-28.
4. Nunes EFP et al. **Projeto de Implantação e Desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná**. Disponível em: [https://www.sistemasweb.uel.br/system/pes/pdf/pes\\_pesquisa\\_04760.pdf](https://www.sistemasweb.uel.br/system/pes/pdf/pes_pesquisa_04760.pdf) Acesso em 10/08/2008.
5. Tilvitz LR. **Análise do acompanhamento dos óbitos pelas equipes de saúde da família em unidades básicas de saúde do município de Londrina – PR** [trabalho de conclusão de curso]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
6. Sorrilha MM. **Análise do acompanhamento pelas equipes de saúde da família ao evento do nascimento** [trabalho de conclusão de curso]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
7. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**. 2004; 12(3):546-56.
8. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2005; 21(6):1821-28.
9. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev Latino-am Enferm**. 2005; 13(4):547-54.
10. Peterlini OLG, Zagonel IPS. O Sistema de Informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto & Contexto Enferm**. 2006; 15(3):418-26.
11. Marcolino JS. **Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família**. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2008.
12. Barbosa DCM. **Sistemas de Informação em Saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto-SP** [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

13. Archetti CB. **A teoria da problematização na análise das inconsistências do SIAB na área de abrangência da 7ª Regional de Saúde de Pato Branco –PR, sob a ótica dos profissionais de saúde.** [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2002.

14. Bergo RCF. **Sistema de informação da Atenção básica – SIAB: avaliando seu potencial para análise de saúde do Município de Atibaia (SP)** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

15. Santos ZC. **O uso do SIAB como instrumento de planejamento local para as ações do PSF.** [monografia]. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

16. Gonçalves FR. **O sistema de informação da atenção básica como fonte de informação para vigilância ambiental: limites e potencialidades** [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

17. Rigobello JL. **A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII – Ribeirão Preto – SP.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

18. Portugal JL. **Sistema de Informações Geográficas para o Programa Saúde da Família.** [tese]. Recife: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

19. Mello Jorge MHP, Gottlieb SLD. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os Sistemas de Informação sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. **Inf epidemiol SUS.** 2001; 10(1):7-18.

20. Rodrigues RM, Andrade ERAS, Freitas GCRF, Espínola JM. Sistema de Informação da Atenção Básica: uma avaliação qualitativa da base estadual do SIAB da Paraíba. **Divulg Saúde Debate.** 2000; (20):61-6.

21. Funai A, Garcia LT, Assoni MAS, Alves T, Carvalho PMJ. **Sistema de Informação de atenção básica: conhecimento dos agentes comunitários de saúde de uma UBS em Marília.** Congresso Brasileiro de informática em saúde; 7-10 de novembro 2004; Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/316.doc>.

22. Silva SA, Oliveira N. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo Programa Saúde da Família em Alfenas MG. **APS.** 2010; 13(2):182-9.

23. Bittar TO et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO.** 2009; 14(1):77-81.

24. Ferreira MEV, Schimith MD, Caceres NC. Necessidade de capacitação e aperfeiçoamento de profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4 Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2010; 15(5):2611-20.

Recebido em 16/3/2010.

Aceito em 7/11/2010.