



ARTIGO DE PESQUISA

FLUXO INFORMACIONAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: VIGILÂNCIA E CENTRALIZAÇÃO

INFORMATIONAL FLOW OF THE PRIMARY CARE INFORMATION SYSTEM: SURVEILLANCE AND CENTERING
 FLUJO INFORMATIVO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: VIGILANCIA Y CENTRALIZACIÓN

Ricardo Bezerra Cavalcante¹, Marta Macedo Kerr Pinheiro², Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes³, Simone Grazielle Silva Cunha³, Camila Silveira Santos³

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Objetivou analisar o fluxo informacional do SIAB a partir de unidades de saúde da família até os níveis centrais (Secretarias Municipal e Estadual de Saúde; Ministério da Saúde). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores e técnicos nos níveis municipal, estadual e federal do Sistema Único de Saúde. Para a realização das entrevistas foi seguido o fluxo informacional do SIAB. Utilizou-se a Análise de Conteúdo como método de organização e análise dos dados. Verificou-se que o fluxo informacional do SIAB possui um forte caráter unidirecional tendendo a alimentar as demandas informacionais do nível federal. O fluxo é regido pela necessidade de comprovar o alcance dos indicadores pelas equipes de saúde da família. Alguns atores se destacam neste fluxo, tais como o Agente Comunitário de Saúde e o Enfermeiro, e empenham-se em garantir o repasse de dados aos níveis centrais. Desta forma, conclui-se que o SIAB ainda possui um fluxo informacional influenciado pelo repasse de verbas, centralizado no nível federal, e com forte marcos burocráticos. **Descritores:** Sistema de informação; Saúde da família; Informação em saúde.

ABSTRACT

Descriptive and exploratory study with qualitative approach aimed to analyze the information flow of the Primary Care Information System (SIAB) from family health units to the central level (State and Municipal Secretariats of Health, Ministry of Health). Semi-structured interviews were conducted with professionals, managers and technicians of the National Health System at local, state and federal levels. The information flow of the SIAB was followed for the interviews. We used Content Analysis as a method of organizing and analyzing data. It was found that the information flow of the SIAB has a strong unidirectional character tending to feed the informational demands of the federal level. The flow is governed by the need to prove the scope of the indicators by family health teams. Some actors are highlighted in this flow, such as the Community Health Agent and the Nurse, and strive to ensure the transfer of data to the central level. Thus, it is concluded that the SIAB also has an informational flow influenced by the transfer of funds, centralized at the federal level, and with strong bureaucratic frameworks. **Descriptors:** Information system; Family health; Health information.

RESUMEN

Estudio descriptivo, cualitativo y exploratorio que tuvo como objetivo analizar el flujo de información del Sistema de Información de la Atención Primaria (SIAB) desde las unidades de salud de la familia al nivel central. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron con profesionales, directivos y técnicos en niveles municipal, estadual y federal del sistema único de salud. Se utilizó el Análisis de Contenido como método de organizar y analizar datos. Se encontró que el flujo de información del sistema tiene un fuerte carácter unidireccional que tiende a alimentar las exigencias de información del nivel federal. El flujo se rige por la necesidad de demostrar el alcance de los indicadores por parte de los equipos de salud de la familia. Algunos actores se destacan en este flujo, tales como el agente comunitario de salud y el enfermero. Ambos se esfuerzan para asegurar la transferencia de datos a los niveles centrales. Por lo tanto, se concluye que el SIAB todavía presenta un flujo de información influido por la transferencia de fondos, centralizado en el ámbito federal, y con sólidos marcos burocráticos. **Descriptor:** Sistema de información; Salud de la familia; Información de salud.

¹Pós-doutorando em Ciência da Informação, Doutorado em Ciência da Informação, Mestre em Enfermagem. Prof. Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei - CCO/Dona Lindu. ²Profª Associada da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais, Pós-Doutorado. Université de Toulouse III (Paul Sabatier) U.T.III, França. ³Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei - CCO/Dona Lindu.

INTRODUÇÃO

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽¹⁾. Esse programa foi criado com o objetivo de desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde das famílias e ainda contribuir para as ações assistenciais em desenvolvimento. Neste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), juntamente com os demais profissionais das equipes do PSF, coletavam, armazenavam e produziam dados referentes às famílias atendidas ao território, bem como toda a produção desenvolvida nas atividades contempladas pelo programa. Assim, fez-se necessário o desenvolvimento de um sistema capaz de auxiliar na gestão das informações produzidas pelas equipes de saúde da família em todo o território brasileiro⁽²⁾.

Desta forma, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde solicitou ao DATASUS o desenvolvimento de um sistema que suprisse essa demanda da explosão de dados gerados pela assistência e acompanhamento das famílias. Então, em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado com o objetivo de auxiliar o acompanhamento e a avaliação das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, armazenando e processando os dados das famílias acompanhadas, bem como dos procedimentos realizados nas unidades de saúde e nos domicílios⁽³⁾.

Segundo Brasil⁽⁴⁾, o SIAB é um sistema de informação territorializado. Essa característica permite a coleta de dados de populações bem delimitadas, podendo produzir indicadores populacionais relacionados às áreas de abrangência onde os profissionais de saúde atuam. A

territorialização, para o mesmo autor, permite a identificação dos problemas relacionados à população vinculada àquela área de abrangência, bem como as suas micro-áreas relacionadas. Com isso, é possível monitorar as desigualdades, os riscos ambientais, os fatores socioeconômicos incidentes sobre a população, contribuindo para a avaliação das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e reabilitação. O SIAB, teoricamente, teria o potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores e consequentemente auxiliar o processo decisório das equipes e dos gestores⁽⁵⁾.

Apesar de ter sido criado para apoiar o planejamento local e a gestão descentralizada, percebe-se que o SIAB não tem proporcionado um suporte adequado aos profissionais de saúde, bem como aos gestores^(6,7). Apesar dos constantes indicadores produzidos pelo Ministério da Saúde, a partir da consolidação dos dados desse sistema⁽⁸⁾, verifica-se em alguns estudos que o mesmo não tem sido utilizado como deveria no planejamento da assistência local^(7,9). Ainda apresenta uma série de problemas, desde sua criação, que tornam os seus dados questionáveis. Estes problemas podem ser assim sintetizados: a ineficácia na coleta e interpretação de seus dados; falhas na atualização; inúmeros instrumentos de coleta; duplicidade de dados; falta de dados específicos relacionados à prevenção e promoção da saúde⁽¹⁰⁾. Acredita-se que no fluxo informacional do SIAB existam alguns processos que necessitem de maior investigação, pois podem contribuir para a existência dos problemas antigos e atuais desse sistema. Entende-se como fluxo informacional o movimento de disseminação dos dados desde o ponto de coleta, passando

pelas instâncias analisadoras e decisórias⁽¹¹⁾. Assim, buscando entender a dinâmica do fluxo das informações do SIAB, o estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: como se desenvolve o fluxo informacional do SIAB desde o ponto de coleta até os níveis centrais. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o fluxo informacional do SIAB a partir de unidades de saúde da família até os níveis centrais (Secretaria Municipal e Estadual de Saúde; Ministério da Saúde).

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa em que se optou pela entrevista semiestruturada como método de coleta de dados. Em cada nível do fluxo informacional do SIAB foi utilizado um roteiro semiestruturado em virtude das especificidades dos profissionais, gestores e técnicos nessas instâncias.

Os dados das entrevistas foram coletados no local de trabalho dos sujeitos da pesquisa, que foram previamente agendadas, e os entrevistados foram esclarecidos sobre a natureza do estudo, os aspectos éticos e legais. Posteriormente, os entrevistados assinaram o termo de livre consentimento, de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O caminho percorrido para a realização das entrevistas foi norteado pelo fluxo de informações do próprio sistema nos seguintes níveis: nível municipal (Equipes de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis; Superintendência Regional de Saúde); nível estadual (Secretaria Estadual de Saúde - Superintendência de Atenção Primária à Saúde); nível federal (Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica).

No nível municipal, os sujeitos envolvidos foram os profissionais de duas

Equipes de Saúde da Família (ESF), a mais antiga e a mais nova, implantadas em um município de médio porte, sede macrorregional de saúde, do Estado de Minas Gerais. Em relação à justificativa para a escolha de uma ESF mais antiga, espera-se que os fluxos e processos relacionados ao SIAB já estejam mais consolidados e que os profissionais dessa equipe já tenham experiência em utilizar os dados do SIAB. Em contrapartida, a escolha de uma ESF mais nova justifica-se pela necessidade de compreender se os mesmos fenômenos relacionados ao SIAB acontecem mesmo quando os processos de trabalho ainda estão em consolidação. Em relação aos profissionais incluídos no estudo, foi utilizado como critério o fato de possuírem mais de um ano de trabalho na equipe de saúde da família e desejarem participar da pesquisa. Ainda no nível municipal, os gestores e técnicos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Superintendência Regional de Saúde (SRS), corresponsáveis pela utilização do SIAB e análise de seus dados, foram inseridos neste estudo. Ressalta-se que, para esses profissionais, também foi utilizado como critério de inclusão o fato de possuir mais de um ano de trabalho nesses locais. No nível estadual e federal, foram entrevistados os gestores responsáveis pelo SIAB, bem como outros profissionais que utilizam os dados, analisam, criticam e tomam decisões.

Em todos os níveis em que foram realizadas as entrevistas, além dos critérios de inclusão definidos previamente, foi solicitado ao responsável imediato para que definisse quais seriam os profissionais entrevistados. Ressalta-se que foram esclarecidos, anteriormente, a esses responsáveis os objetivos do estudo. A tabela 1 descreve os sujeitos incluídos no estudo.

Tabela 1 - Sujeitos entrevistados a partir do fluxo informacional do SIAB nos níveis municipal, estadual e federal de gestão do Sistema Único de Saúde.

NÍVEL	LOCAL	PROFISSIONAL	n	%
Federal	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA)	Coordenadora e Equipe de profissionais da CAA - Departamento de Atenção Básica	04	15,4
Estadual	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES)	Superintendente da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais	01	3,8
		Referência Técnica Estadual do SIAB - MG	01	3,8
		Estatístico	01	3,8
Municipal	Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA)	Diretor da Atenção Primária	01	3,8
		Coordenadora da Atenção Primária	01	3,8
		Referência Técnica de Enfermagem da Atenção Primária	01	3,8
		Digitadora do SIAB	01	3,8
	Superintendência Regional de Saúde	Coordenador da Atenção Primária	01	3,8
	Unidades de Saúde da Família	Enfermeiro	02	7,7
		Médico	02	7,7
		Agente Comunitário de Saúde (ACS)*	06	23
		Auxiliar de Enfermagem	02	7,7
		Dentista	02	7,7
Total			26	100

* Em relação ao número de ACS incluídos no estudo, dos 08 a serem entrevistados, apenas 06 se encontravam dentro dos critérios estabelecidos (mais de um ano de trabalho e desejar participar do estudo).

Fonte: Elaborado pelos autores, 2012

A análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹²⁾ foi utilizada para organizar e analisar os dados coletados nas entrevistas. Isto possibilitou a identificação das categorias elencadas para análise. Foram elas: a descrição do fluxo informacional geral do SIAB: unidirecionalidade e atores disciplinados; a descrição do fluxo informacional do SIAB dentro dos níveis centrais. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FUNED/UEMG, sob parecer 61/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição do fluxo informacional do SIAB: unidirecionalidade e atores disciplinados

O fluxo de dados do SIAB inicia-se, predominantemente, a partir da coleta realizada nos domicílios pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Percebe-se que a coleta desses dados é o foco principal do processo de trabalho desses profissionais, que ora acontece na residência dos usuários, ora

ocorre na própria unidade de saúde da família (USF).

Os dados são coletados no domicílio, quem acaba coletando mais são os ACS, nós também realizamos as visitas, mas eles são os que ficam mais próximos. Então na maioria das vezes esses dados vêm através deles, os ACS. (E2)

Esses dados são mais coletados pelos agentes nos domicílios, mas também nos atendimentos feitos aqui na Unidade. (E6)

Sabe-se, teoricamente, que a coleta de dados do SIAB é formalizada a partir de fichas de coleta⁽²⁾. Essas fichas foram definidas previamente pelo Ministério diante das necessidades de coleta, armazenamento e disseminação da informação que emergiu quando da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF). Atualmente, os ACS, ao fazerem as visitas nos domicílios, utilizam esses instrumentos de coleta para contabilizarem o número de famílias acompanhadas, as doenças existentes, as condições sócio-ambientais e demais informações. O cotidiano de trabalho desses profissionais parece estar centrado nas visitas domiciliares visando à coleta desses dados. Entretanto, as fichas destinadas à coleta não são a única forma de armazenamento. A fala seguinte revela a criação de outra maneira, informal, de armazenar os dados e que possivelmente pode servir de fonte de informação na perspectiva deste entrevistado, sendo até mesmo um norteamento do seu cotidiano de trabalho.

O meu cotidiano de trabalho é de acordo com as visitas que eu vou fazendo e os dados que eu tenho no meu caderno. (E9)

Neste contexto, percebe-se que o ACS é um profissional central na produção de dados, pois grande parte da coleta é realizada por ele, no seu cotidiano de trabalho.

Certamente, é necessário um número maior de estudos, apesar de alguns já existentes, tais como os de Nogueira e Neves⁽¹³⁾, que compreendam a lógica da coleta e produção de informações a partir desse profissional. Porém, o que se percebe é a possibilidade de existir no comportamento desse profissional algumas situações que podem comprometer o fluxo de informações do SIAB. A primeira situação é o fato de o ACS coletar e armazenar os dados a partir de instrumentos não formais, como os “cadernos” que ficam em sua posse, descritos anteriormente. Isto pode gerar um comprometimento no processo de análise das informações por parte da equipe de profissionais, pois os dados estarão centralizados no indivíduo, o ACS que coletou. Aqui, se percebe que a centralização da informação emerge com uma tônica individual. É a força dominante exercida pelo próprio sujeito que detém a informação, fazendo com ela o que almeja, inclusive podendo alterá-la e adaptá-la. Em outro estudo, verificou-se que grande parte dos dados coletados e disseminados pelos ACS não se alinha com a realidade da demanda de usuários que chegam na Unidade de Saúde da Família para atendimento. Muitas vezes, as informações declaradas pelo próprio usuário/paciente, que é a fonte primária de dados, não condizem com o cadastro realizado pelo ACS durante a visita feita àquela família⁽¹⁴⁾.

A segunda situação atrelada ao comportamento informacional do ACS é a falta de compreensão desse profissional sobre os instrumentos de coleta existentes. Alguns estudos demonstram que ele não entende a real importância do dado coletado assim como não consegue compreender o que está sendo solicitado pelas fichas⁽¹⁵⁾. Coleta-se por que esta é a sua rotina de trabalho, não há crítica sobre o que está coletando e qual poderá ser a sua aplicabilidade para a saúde da

comunidade e daquela família em foco. Essa situação pode ser evidenciada na fala a seguir.

Esses dados do SIAB são mais para a gente fechar a produção e mandar. Você não pega o SIAB para trabalhar no seu dia-a-dia, não [...] tem alguns dados que não precisa, por exemplo, Lazer, pra que perguntar: “você tem lazer?” Vai fazer alguma diferença? Porque a família não tem lazer, será que o Ministério da Saúde e a Secretaria vão promover lazer a ele? Então são coisas que não têm nada a ver com o trabalho. (E9)

Percebe-se que, para o sujeito entrevistado, o dado coletado é vazio de possibilidades de intervenção por parte dos profissionais e das instâncias superiores. O dado perde o sentido, o seu real valor e real função.

Outra situação atrelada ao comportamento do ACS frente aos dados do SIAB é o determinismo burocrático existente no seu processo de trabalho. Percebe-se que a coleta está atrelada às exigências por parte do profissional enfermeiro na USF, pela Secretaria Municipal e pelo Ministério da Saúde. O ACS coleta porque esta é uma obrigação existente em seu cotidiano de trabalho, é a sua rotina, é a justificativa para a sua própria existência dentro da equipe mínima do PSF. Enfim, o SIAB tem um significado, para esse profissional, que está pautado pela disciplina de enviar dados aos níveis centrais. Sobre o significado que o SIAB possui, um dos entrevistados relata:

Significa os dados que nós temos que estar passando para a Secretaria Municipal de Saúde. Esses dados do SIAB são mais para a gente fechar a produção e mandar. Eu pego o SIAB e mando para a Secretaria, este é o meu dever, o meu cotidiano de trabalho. (E9)

Essa situação pode reforçar nesse profissional a postura de coletar sem valorizar a qualidade do dado, mas para cumprir com

uma exigência estabelecida, com uma norma legitimada, garantindo o seu cumprimento. Essas situações descritas anteriormente, atreladas ao comportamento informacional do ACS, poderiam comprometer todo o fluxo do SIAB, visto que os profissionais de saúde e os gestores nos diversos níveis planejam a partir do dado produzido pelo ACS.

Ainda na descrição do fluxo informacional do SIAB, verifica-se que outro profissional emerge das falas como um ponto de recebimento e consolidação dos dados coletados pelos ACS. Esse profissional é o enfermeiro, que supervisiona inicialmente os dados coletados e, por sua vez, realiza o consolidado para finalmente enviá-lo à Secretaria Municipal de Saúde.

Os agentes comunitários coletam esses dados que são passados para os enfermeiros, que acaba sendo o responsável pela equipe [...] é isso na maioria das equipes, não vou te garantir que em todas, mas na maioria das equipes [...] então eles (os enfermeiros) sentam com os agentes e avaliam. Então vamos supor que o número de hipertensos ou o número de gestantes cadastrados, vamos supor que tem 20, aí avalia quantas estão com a vacina em dia e quantas não estão. Os enfermeiros vão trabalhar nisso. Por que não estão vacinadas? Vamos juntar e correr atrás. (E5)

[...] o enfermeiro ainda é o centro da ESF, é ele que reúne a equipe, que consolida. O médico ainda não assumiu esse papel. Muito raramente você tem um médico que atua nesse papel da equipe e o dentista também não. Então, o enfermeiro é o que consegue agregar todos os profissionais e fazer uma execução acima do planejamento. É o profissional que tem mais conhecimento e que tem esse perfil de liderar a equipe. (E12)

Apesar de o enfermeiro ter como sua responsabilidade a supervisão das ações de enfermagem, sabe-se que esse profissional,

em todo o território nacional, assume, na prática, a supervisão do ACS, bem como o gerenciamento do processo de trabalho presente na unidade de saúde da família⁽¹⁶⁾. Desta forma, o fluxo de informações que perpassa esse processo de trabalho encontra no enfermeiro uma possibilidade de gestão e controle. Além de o enfermeiro assumir a administração da unidade, acaba por supervisionar o ACS para o cumprimento do seu próprio trabalho. O enfermeiro, então, se constitui como um pólo de forças sobre a prática da coleta, armazenamento e disseminação de informações. Esse profissional aparece em dois momentos e garante a disseminação dos dados aos níveis centrais. Primeiro, o enfermeiro exerce sobre o ACS um adestramento quando se espera do mesmo o cumprimento do seu papel, de coletador e, principalmente, cumpridor dos números solicitados pela norma. Dentro da unidade de saúde da família, o enfermeiro assume este papel de controle do fluxo informacional do SIAB, mas no sentido de garantir a centralização dos dados nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, bem como no Ministério da Saúde. O discurso da qualidade dos dados, aqui, muitas vezes é suplantado pela necessidade do cumprimento das metas de produtividade. Santos e David⁽¹⁷⁾ confirmam essa situação quando alegam que as relações de forças entre o enfermeiro e os ACS determinam a valorização de cobranças pautadas pela produtividade de números, não se valorizando o aspecto da qualidade assistencial e do próprio processo de trabalho desenvolvido.

O enfermeiro, ao receber os dados coletados por parte do ACS deveria, teoricamente, estimular toda a equipe a analisar esses dados, sua qualidade, as necessidades e possibilidades de intervenção sobre a comunidade. No entanto, percebem-se algumas tensões nesse ponto do fluxo

informacional do SIAB. Os entrevistados, em alguns momentos, relatam que essa análise dos dados acontece por parte da equipe, que inclusive tem a autonomia de paralisar um dia das atividades assistenciais visando a consolidação e análise dos dados. Porém, em outros momentos, os sujeitos deixam escapar que as análises não são feitas na maior parte das equipes. Muitas vezes, os dados são coletados, não são analisados, apenas consolidados e enviados diretamente dos ACS para a Secretaria Municipal de Saúde.

[...] teoricamente a equipe se reúne um dia para fazer o fechamento do SIAB. Inclusive a equipe tem o direito de fechar a unidade nesse dia. Ela (a equipe) deveria aproveitar o fechamento, a consolidação dos dados para discutir o que foi encontrado naquele mês em termos de acompanhamento, de produção [...] Esse é o momento em que a equipe tem a oportunidade de consolidar e discutir o dado para que ela possa fazer a programação do trabalho dela do mês seguinte, mas eu acho que isso não acontece porque a equipe acabou entrando em uma rotina de fechar o dado. É lógico que eu estou falando de uma forma geral. Pois existe, sim, equipes que discutem os dados, mas a maior parte pelo que eu percebo não. (E12)

[...] os agentes mandam diariamente para a gente (aqui da Secretaria) estar fazendo a digitação e a atualização dos dados [...] já vem diretor, no mesmo dia [...]. (E4)

Em relação ao profissional médico, percebe-se seu distanciamento dos dados do SIAB, pois quase não participa do fluxo informacional desse sistema. Por mais que haja uma expectativa de que todos os profissionais da ESF participem desse fluxo e do processo de análise dos dados para o planejamento local, isso não acontece de forma satisfatória. Nas falas seguintes, pode-se perceber esse distanciamento do profissional médico.

Eu, médico (risos) tenho só uma noção quando a gente faz um diagnóstico de saúde que aí eu até sei a estatística e tudo. Mas no dia-a-dia eu não trabalho com isso [...] como isso é trabalhado lá (Secretaria e Ministério) deve ser para reverter em plano de ação, para dar um feedback para a gente. Mas isto nunca acontece. (E8)

Esse profissional, apesar de entender a importância do SIAB, vê nesse sistema algo que está atrelado apenas à produção de dados a serem enviados aos níveis centrais e que não faz parte, plenamente, do seu processo de trabalho. Outro aspecto vinculado a esse profissional é o fato de não declarar a realização do consolidado, pois isso também é algo feito pelo profissional enfermeiro, inclusive da sua própria produção de dados. Mais uma vez, o enfermeiro revela-se ser o centro de recebimento, consolidação e disseminação dos dados do SIAB dentro da equipe. Ele se responsabiliza pelos dados coletados pelos ACS na família, consolida os seus dados, bem como os dados do profissional médico, para em seguida enviar à Secretaria Municipal de Saúde.

A descrição do fluxo informacional do SIAB dentro dos níveis centrais

Os dados, após serem coletados e consolidados, em sua maioria, pelos ACS e Enfermeiros, seguem em folhas diretamente para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Nesse ponto do fluxo, os dados são digitados num *software* específico do SIAB por uma digitadora que possui uma participação importante na interpretação desses dados. Além de alimentar o banco de dados, essa profissional também atualiza os dados a partir do envio de novos dados pelos ACS, visto que as áreas de abrangência onde as famílias estão cadastradas também são dinâmicas. Se uma família nova se muda para a área de

abrangência é necessário cadastrá-la, se uma gestante dá a luz ao filho é preciso mudar a sua condição no SIAB, pois não será mais gestante. Assim, esse dinamismo requer uma atualização do banco de dados do SIAB na SEMUSA. Essa tarefa também está atrelada à digitadora.

O agente colhe os dados e aqui, na SEMUSA, a gente faz a digitação dos dados. Os agentes mandam diariamente para a gente estar fazendo a digitação e a atualização dos dados [...] No meu caso, como eu sou digitadora, vem o cadastro familiar, aí, por exemplo, uma pessoa da família se tornou gestante. Nesse caso, eu tenho que incluir ela como gestante. Ou às vezes ocorreu um óbito, aí a gente atualiza excluindo a pessoa do cadastro. Ou nasceu alguma criança, então a gente inclui aquela pessoa. Ou chegou uma família nova para aquela área no PSF e tem que fazer a inclusão. É dessa forma que é feita a atualização [...] E todo mês, logo após o fechamento da produção, a gente repassa esses dados para o diretor da atenção primária e também para a coordenação do PSF para eles estarem podendo fazer a análise desses dados. (E4)

Além do ACS e do enfermeiro, a digitadora parece se constituir em um terceiro ponto de recebimento, armazenamento e disseminação da informação. Nesse ponto, o seu comportamento frente aos dados do SIAB é de alimentar o banco de dados que será enviado diretamente ao Ministério da Saúde. Porém, antes de cadastrar os dados e enviá-los, eles são analisados no sentido de visualizar se não há dados preenchidos de forma errada pela equipe de saúde da família e se os indicadores pactuados estão sendo alcançados, tais como número de visitas realizadas pelo ACS e outros. A digitadora funciona então como um ponto de cadastro, correção de dados, visualização do alcance de

metas e geração de relatórios que serão utilizados pelos gestores da SEMUSA.

Até mesmo porque todo mês a gente faz um relatório onde a gente analisa as visitas do agente de saúde e vê se ele realmente está cumprindo a taxa que tem que ser cumprida, que é 90 a 100% das famílias que tem que ser acompanhada todo mês. (E4)

Sempre que a gente precisa, elas (as digitadoras) passam os dados pra gente [...] a gente vê o número de visitas que estão fazendo, se as metas estão sendo cumpridas [...] Então elas sempre fecham o SIAB no final do mês de todas as equipes e passam pra gente pra estarmos avaliando. Então com isso qual é a situação de cada unidade. Se estão fazendo o serviço, se o número de visitas do agente comunitário está atingindo metas do Ministério, a questão da vacina, a gente tem metas. (E5)

Após os dados terem sido cadastrados, os relatórios são gerados visando à análise dos gestores (referências técnicas, coordenação, diretoria) da atenção básica na SEMUSA. No entanto, esses dados apenas são enviados para o Ministério após essa análise. Percebe-se que a análise dos dados do SIAB, na SEMUSA, está vinculada à necessidade do cumprimento das metas pactuadas com o Estado e o Ministério da Saúde. Ainda é importante ressaltar que, mesmo na SEMUSA, o profissional enfermeiro, na figura da Referência Técnica de Enfermagem, destaca-se, dentre as demais referências técnicas, pela responsabilidade de analisar os dados gerados por todas as equipes de PSF do município.

[...] ele (o SIAB) é analisado pelas nossas referências técnicas que nós temos aqui, notadamente a referência técnica da enfermagem [...] e nós temos também uma análise minha que sempre eu tenho que me preocupar, como diretor, com o processo de trabalho dos nossos servidores, depois ele (o SIAB) é encaminhado para o ministério de

Saúde, onde a gente passa então a compor o quadro nacional de informação da atenção básica [...] Então a gente dá uma avaliada, uma lida no SIAB, dá uma olhada nas unidades que estão com número muito baixo e aí a gente tenta conversar com a equipe para tentar melhorar. (E3)

Na Secretaria Municipal de Saúde, o enfermeiro, na figura da referência técnica de enfermagem, trabalha no sentido de promover a disseminação dos dados, porém, a partir de uma influência e exigências da coordenação e diretoria da atenção primária. Nesse sentido, constrói-se uma rede de olhares tecida a partir das relações de poder que se estabelecem num movimento circular, atravessando de forma cíclica os diversos níveis do fluxo informacional. Percebe-se que as forças que se perpetuam na Secretaria Municipal tendem a produzir forças na unidade de saúde da família, na relação dos profissionais, nas práticas do processo de trabalho com vistas à geração de números esperados pela Secretaria Estadual e Ministério da Saúde. Remete-se ao funcionamento em cadeia do poder; algo que circula, não está localizado num setor, numa instituição ou num indivíduo, atravessa-os e os transforma em centros de transmissão⁽¹⁸⁾. Além dos níveis centrais (Secretaria Municipal, Estadual e Ministério) os profissionais, em especial, ACS e enfermeiros, são centros de transmissão do poder, bem como são atravessados pelas relações de poder emanadas de outros centros e os demais níveis do fluxo informacional do SIAB.

Verifica-se que a mesma lógica de alimentação e disseminação das informações do SIAB desenvolvida na unidade de saúde se repete na Secretaria Municipal de Saúde. Neste contexto, a vigilância dos dados se dá no sentido de verificar o alcance das metas estipuladas e pactuadas previamente. Essa tarefa é cumprida no sentido de controlar

todo o processo de alimentação e geração de informações, não no sentido de qualificá-las para a tomada de decisões. Cumpre-se o ensejo em gerar indicadores pactuados para o repasse de verbas.

A partir desse ponto do fluxo, percebem-se alguns conflitos nas falas dos sujeitos relacionadas ao envio dos dados a partir da SEMUSA. Alguns (E3 e E12) relatam que os dados consolidados na SEMUSA são encaminhados à Gerência Regional de Saúde (GRS), que também, teoricamente, possui o papel de analisar os dados no sentido de garantir os indicadores pactuados.

[...] os dados são encaminhados para a Gerência Regional de Saúde, que vai encaminhar para a Secretaria de Estado e MS. (E12)

Outros entrevistados relatam que o fluxo atual dos dados do SIAB está modificado. E isto tem reforçado a centralização dos dados, bem como tem dificultado o processo de discussão desses dados pelas equipes de saúde da família e gestores da SEMUSA. Anteriormente, os dados consolidados na SEMUSA também eram compartilhados com a Gerência Regional de Saúde (GRS), que também tinha a oportunidade de acesso aos dados produzidos. Entretanto, o fluxo foi alterado, a GRS não participa mais do recebimento dos dados, pois eles são enviados, via sistema, diretamente ao Ministério, nem mesmo a Secretaria Estadual de Saúde (SES) participa mais desse processo de análise de dados, apenas é o suporte técnico do sistema.

O fluxo é o seguinte: o município alimenta o sistema através dos dados coletados pelas unidades e transmite diretamente para o DATASUS (no Rio de Janeiro) [...] O DATASUS RJ consolida os dados de todo Estado e envia ao MS. Só não sei te responder o que o MS tem feito [...] Nós (Secretaria Estadual) temos acesso aos dados apenas depois que são

disponibilizados no tabnet [...] A forma que o fluxo ficou, a GRS se sentiu alijada do processo e a pessoa que era responsável pelo SIAB nesta instância foi para outra função. Na GRS tinha uma referência do SIAB, não tem mais. Isto (o dado do município direto para o MS) foi uma perda na medida em que a qualidade que era monitorada pelas nossas regionais de saúde deixou de ser feitas. (E10) Os dados não chegam mais à Superintendência Regional. A digitação é feita no município e o encaminhamento é direto para o Ministério da Saúde. No momento, estamos sem técnico de referência para este programa. O papel da referência regional é fazer a crítica, avaliar as inconsistências e fazer o contato com o município para as correções. O município também tem a competência de fazer a crítica no banco de dados. Com a municipalização, a responsabilidade da atenção primária é do município cabendo ao Estado a cooperação técnica. (E26)

Já há alguns anos os dados do SIAB não vêm diretamente dos municípios para a SES. Atualmente, o fluxo é direto para o MS. A SES tem acesso à base de dados do SIAB por meio de senha fornecida pelo MS. Os dados são usados na SES como fonte de informação para análise de processos municipais da atenção primária e do desempenho dos municípios quanto aos indicadores da atenção primária. São encaminhados para as Gerências Regionais de saúde, para que conheçam os dados dos municípios sob seu acompanhamento. (E24)

Enfim, percebe-se que o fluxo informacional do SIAB segue uma lógica unidirecional desde o seu ponto de coleta até o nível central que se configura o Ministério da Saúde. Alguns atores tendem a garantir esse direcionamento do fluxo nas várias instâncias, partindo da coleta pelo ACS, da supervisão pelo enfermeiro, do armazenamento pela Digitadora, do controle municipal pela referência técnica de

enfermagem, do suporte técnico pela Secretaria Estadual de Saúde até chegar ao Departamento de Informática do SUS - Rio de Janeiro (DATASUS) e, por fim, ao Ministério da Saúde. Estas duas últimas instâncias máximas de recebimento dos dados se responsabilizarão por fazer uma rotina de críticas aos dados enviados pelos municípios. Essas críticas aos dados visam à eliminação das inconsistências na tentativa de qualificar o banco de dados.

Enfatiza-se que essa lógica centralizadora desse fluxo pode estar

contribuindo para a desvalorização do planejamento e da tomada de decisões amparadas pelos dados do SIAB. Nessa ótica, os dados do SIAB justificam apenas o alcance dos indicadores pactuados.

Em seguida, a Figura 1 aponta nos vários níveis de gestão da Atenção Básica os principais atores e suas funções relacionadas ao cumprimento do fluxo informacional desse sistema.

Figura 1 - Principais atores envolvidos no fluxo informacional do SIAB e suas funções estabelecidas.

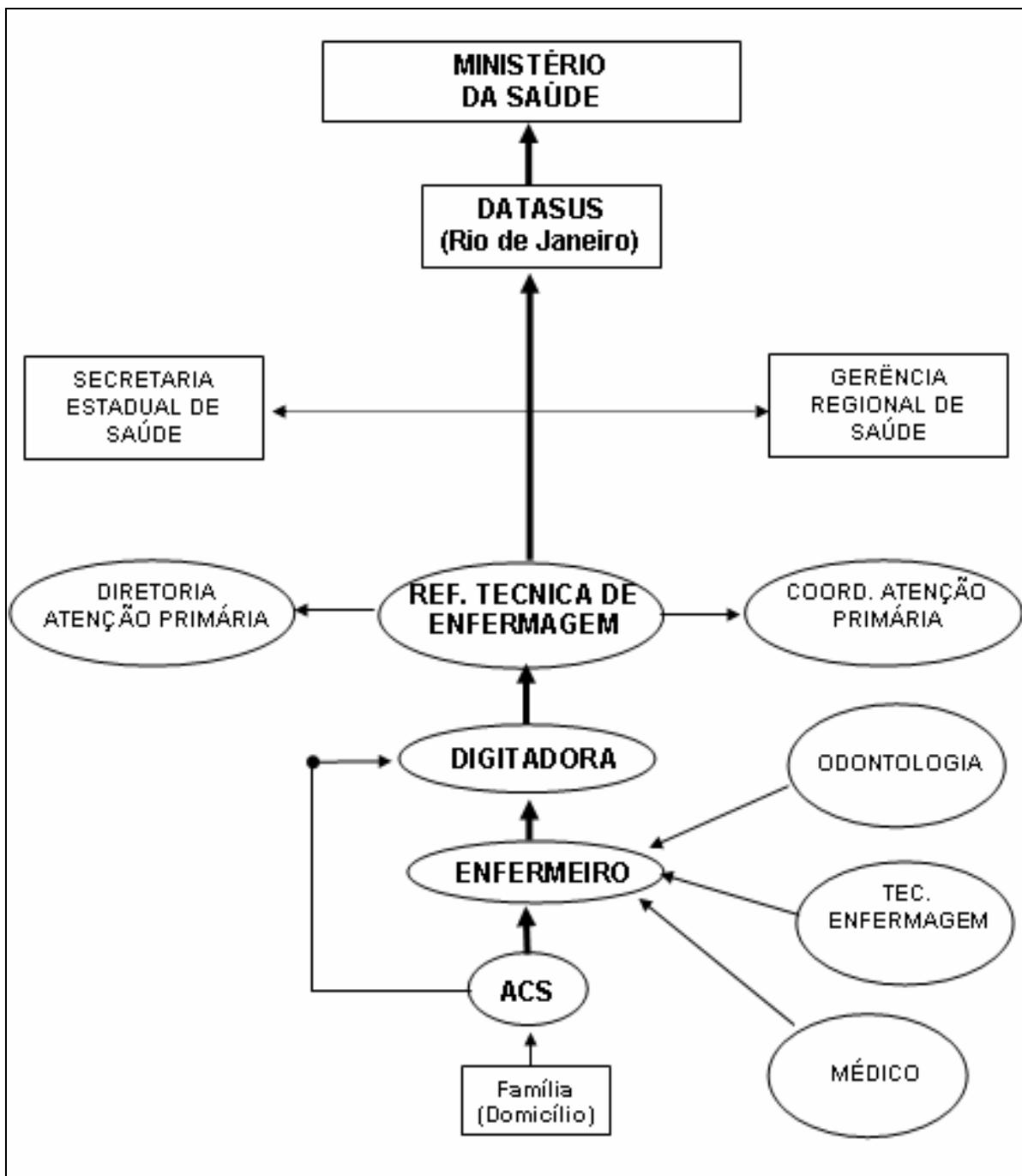
Níveis	Profissional	Funções no fluxo
Equipe de Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde	ACS	- Coleta dos dados em domicílio; - Envio de dados à SEMUSA a serem atualizados;
	Enfermeiro	- Supervisão dos dados coletados pelo ACS; - Consolidação dos dados de toda a ESF; - Avaliação do alcance de algumas metas definidas previamente pela SEMUSA;
	Digitadora	- Recebimento dos dados enviados pelos ACS e equipe; - Digitação dos dados no software do SIAB; - Comunicação de erros nos consolidados enviados; - Geração de relatórios para os gestores da SEMUSA; - Observação do alcance das metas estabelecidas;
	Referência Técnica de Enfermagem	- Avaliação do alcance das metas definidas; - Discussão com demais referências e equipes de saúde da família do município sobre os motivos das metas não alcançadas;
	Demais gestores na SEMUSA	- Avaliação do alcance das metas definidas; - Autorização do envio dos dados ao Ministério;
Secretaria Estadual de Saúde	Referência Técnica do SIAB e demais profissionais	- Suporte técnico para o preenchimento do sistema a partir do <i>tabnet</i> ; - Observação de erros de preenchimento por parte de alguns municípios;
DATASUS - RJ	Responsável técnico pelo SIAB	- Consolidação dos dados de todo o Estado e envio ao Ministério da Saúde; - Aplicação de rotina de críticas aos dados visando a qualificação do banco de dados;
Ministério da Saúde	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação - Departamento da Atenção Básica	- Aplicação de rotina de críticas aos dados visando a qualificação do banco de dados; - Definição de políticas públicas; - Avaliação da atenção básica em todo o território nacional

Fonte: Elaborado pelos autores, 2012

Além dos atores (profissionais) envolvidos na garantia do envio dos dados aos níveis centrais, a Figura 2 demonstra o fluxo informacional do SIAB, desde a coleta nos domicílios, passando pela unidade de saúde da

família, pela SEMUSA, pelas GRS, SES, DATASUS-RJ, até cumprir a sua unidirecionalidade, centrada no Ministério da Saúde.

Figura 2 - Descrição do fluxo informacional do Sistema de Informação da Atenção Básica



Fonte: Elaborado pelos autores, 2012

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que, apesar de o SIAB ter sido criado com uma lógica descentralizadora de informações em saúde, o seu fluxo informacional ainda tende a sustentar as demandas por informações dos níveis centrais. Verificou-se que a centralização de informações tende a se concentrar no Ministério da Saúde. Essa situação acaba sendo incentivada pela necessidade do cumprimento de indicadores que devem ser alcançados pelas equipes de saúde da família

pesquisadas no município. Os ensejos pelo cumprimento das metas pactuadas, então, determinam a coleta, bem como a disseminação de dados, influenciando o fluxo informacional do SIAB. Por esse fluxo ser centralizado, isso pode esvaziar, no nível municipal, a necessidade e a possibilidade de um planejamento da assistência local. Entretanto, reconhece-se que outras variáveis também podem promover esse fenômeno da ausência do planejamento local. Esse problema, no entanto, carece de outros estudos que possam avançar na compreensão do fenômeno.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997
- 2- Brasil, Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96p.
- 3- 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):1821-1828.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 399, de 2 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 23 de fevereiro de 2006.
- 5- Thaines GHL, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: Um caso exemplar. Texto Contexto Enferm 2009; 18(3):466-474.
- 6- Bittar TO, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC, Fornazari DH. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. RFO 2009 ; 14(1):77-81.
- 7- Figueiredo LA, Pinto IC, Marciliano CSM, Souza MF, Guedes AAB. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto. Cad. Saúde Colet 2010; 18(3):418-423.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica (SIAB): indicadores 2006. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009.
- 9- Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo 2010; 18(3):424-33.
- 10- Radigonda B, Conchon MF, Carvalho WO, Nunes EFPA. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. Revista Espaço para a Saúde 2010; 12(1):38-47.
- 11- Le Coadic Y. A Ciência da Informação. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.
- 12- Bardin L. Análise de conteúdo. revista e actualizada. Lisboa: Edições 70 Ltda; 2009.
- 13- Nogueira GD, Neves JTR. Estratégia para a gestão da informação no programa saúde da família do governo brasileiro. FACES R. Adm 2008; 7(4):88-105, 2008.
- 14- Ribeiro LC, Alves MJM, Silva JÁ, Chaoubah A, Teixeira MTB, Mauad NM, et al. avaliação da cobertura do sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. Revista APS 2007; 10(2):120-127.
- 15- Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm 2010; 31(2):314-320.
- 16- Galavote HS, Prado TN, Maciel EL, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(1):231-240.
- 17- Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. Rev. enferm. UERJ 2010; 19(1):52-57.
- 18- Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Editora Graal; 2008.

NOTA: Artigo extraído da Tese de doutorado "Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como Instrumento de poder", defendida na Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço de correspondência

Ricardo Bezerra Cavalcante
Universidade Federal São João Del Rei - UFSJ
Campus Centro Oeste Dona Lindu

Av. Sebastião Gonçalves Coelho, nº 400,
Chanadour. CEP: 35504-296 - Divinópolis/MG
E-mail: ricardocavalcanteufmg@yahoo.com.br