

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

Mestrado em Saúde Pública

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA: um estudo exploratório**

Tania França

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública**

Orientadora: Maria Helena Machado

Julho de 2001

*Para Matheus, Pilar e Pedro
grandes personagens da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Sem dúvida nenhuma essa é a parte mais emocionante desse processo, pois voltando no tempo.....

A Bel pelo carinho e dedicação e por todo o empenho de me fazer entender inglês ;

A Helenice, Benadete, Marta e, Raquel, que estiveram comigo em todos os momentos me dando força para ultrapassar todos os obstáculos

A Ismar , amigo e irmão pelo carinho, amizade e por estar sempre ao meu lado;

As irmãs de coração Miriam, Rachel e Thereza pela amizade, paciência e companheirismo;

A Eliana Labra pelo apoio e solidariedade nos momentos difíceis;

A Valéria pela amizade e por permitir um convívio calmo e tranqüilo no trabalho;

Aos amigos Haroldo, Isabela, Sandra e Greg que participaram desta jornada;

Aos amigos e companheiros Valéria, Cleide, Parada, Rogério, Zeca, Sheila, Isonir por todo apoio dado;

A Fátima, Claudinha, Dulce e Márcia pela torcida e afetuosidade em todos os momentos

Ao José Carlos pelo seu bom humor e disposição no convívio diário no trabalho

A minha Mãe e a meu Pai e Irmã pela presença constante em todos os momentos da minha vida;

A Arlete, Arthur , Daniel, Marco e Giselle, por fazerem parte da minha grande família;

A Marlene por ajudar a manter um lar alegre e no amor dedicado a meu filho diariamente

A Célia, chefe e amiga pela dedicação e incentivo a este trabalho.

A Mario Dal Poz pelo apoio à novas conquistas

Agradeço, muito especialmente, a Maria Helena , que além de grande orientadora, se mostrou amiga e solidária, em diversos momentos deste trabalho;

RESUMO

Este trabalho consiste em um estudo exploratório sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB utilizado pelo Programa de Saúde da Família.

Para tanto, faz-se uma breve caracterização dos sistemas de informação em saúde do Brasil e os processos de descentralização da informação do setor. O Ministério da Saúde adotou a proposta de Saúde da Família como estratégia de construção de um novo modelo assistencial, articulada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para a adoção desta estratégia é necessário que os municípios cumpram alguns requisitos operacionais de reorganização das práticas de trabalho desenvolvidas nas unidades de saúde da família, destacando-se o cadastramento familiar, o planejamento e programação local, o trabalho interdisciplinar e as ações intersetoriais. O Sistema de Informação dada às suas características, representa uma importante ferramenta para a gestão de sistemas locais de saúde. É um sistema de informação territorializado, que permite a desagregação dos indicadores em microáreas, possibilitando a microlocalização dos problemas de saúde.

Foram selecionadas, para este estudo, algumas informações sobre os municípios do estado do Rio de Janeiro, com o Programa de Saúde da Família implantado. Evidencia-se a importância do SIAB para o planejamento das ações no nível local, assim como, a necessidade de investigações mais acuradas para avaliação da qualidade das informações disponibilizadas por este sistema.

Palavras Chave: Sistema de Informação; Programa de Saúde da Família; Atenção Básica

ABSTRACT

This work is an exploratory study about the Basic Assistance Information System — SIAB — used by the Family Health Program.

It includes a short characterization of the health information systems in Brazil and the processes of decentralization of information in the sector. The Health Ministry has adopted the proposal of the Family Health as a strategy for building a new assistance model that articulates with the principles and directives of the Unified Health System.

In order to adopt such strategy it is necessary that the towns meet some operational requisites for reorganizing the practices of work developed in the family health unities, with special attention to family registration, local planning and programming, interdisciplinary work and intersectorial actions. Given its specific characteristics, the Information System represents an important tool for generating local health systems. It is a territorialized information system that allows the desagregation of microareas indicators, making it possible the microlocalization of the health problems.

Information about towns in the State of Rio de Janeiro, with the Family Health Program implemented, have been selected for this study. It was evident the importance of SIAB for planning the actions at the local level as well as the need for more accurate investigations to evaluate the quality of the information given by the system.

Key words: Health Information; Health Family Program; Basic Care

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	7
LISTA DE SIGLAS	9
APRESENTAÇÃO	10
CAPITULO I: A INFORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	16
<i>Aspectos Conceituais</i>	16
<i>Sistemas de Informação no Setor Saúde</i>	17
<i>A Descentralização das Informações em Saúde</i>	21
CAPITULO II: ATENÇÃO BÁSICA, PSF E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB	25
<i>A Estratégia da Saúde da Família no SUS</i>	29
<i>A Implantação do PSF: antecedentes</i>	31
<i>Sistema de Informação da Atenção Básica no PSF</i>	38
CAPITULO III: A UTILIZAÇÃO DO SIAB NO PSF	57
<i>O SIAB no PSF: a situação do estado do Rio de Janeiro</i>	60
<i>Informações do SIAB consolidadas por região de saúde</i>	66
<i>Informações do SIAB consolidadas no estado do Rio de Janeiro</i>	70
CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83

QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E FLUXOGRAMA

Quadro 1 - Indicadores do Sistema de Informação do PACS – SIPACS

Quadro 2 – Fichas de Acompanhamento Familiar do SIAB

Quadro 3 – Informações do relatório SSA2 segundo Instrumento de Coleta do SIAB

Quadro 4 – Informações do Relatório PMA2 segundo Instrumento de Coleta do SIAB

Quadro 5 – Modalidades de Relatórios do SIAB

Quadro 6 - Faixa de cobertura populacional e valores de incentivo financeiro por equipe

Tabela 1 - Cobertura de Equipes de Saúde da Família segundo Grandes Regiões e Brasil, Março 2001

Tabela 2- Famílias Estimadas , Cadastradas e Pessoas Cadastradas pelo SIAB segundo Grandes Regiões e Brasil, Março 2001

Tabela 3 – Acompanhamento da Meta de 100% do cadastramento das famílias por Regiões de Saúde - RJ

Tabela 4 – Tratamento e abastecimento de água e destino de fezes/urina nos domicílios segundo Regiões de Saúde - RJ

Tabela 5 – Acompanhamento de Pessoas por Grupos segundo Regiões de Saúde - RJ

Tabela 6- Distribuição da população coberta pelo PSF por sexo segundo a faixa etária - RJ

Tabela 7 – Gestantes Acompanhadas e Gestantes Menores de 20 anos

Tabela 8 – Crianças menores de 2 anos com vacina em dia, pesadas e desnutridas cobertas pelo PSF - RJ

Gráfico 1 - Índices Reais de Cobertura do PSF no Estado do Rio de Janeiro

Gráfico 2 - Estatísticas de Municípios por Faixas de Cobertura

Gráfico 3 - Famílias Assistidas pelo PSF por Regiões de Saúde

Fluxograma de Dados do SIAB

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASP	Conselho Nacional Administração da Saúde Previdenciária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa da Saúde da Família
REFORSUS	Projeto de Reforço a reorganização do SUS
RIPSA	Rede Integrada de Informações em Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SAI/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

As diretrizes de reformulação do Sistema de Saúde Brasileiro, consubstanciadas na Constituição Federal de 1988, referem uma proposta de reforma do Estado, no campo da saúde, com objetivo de implantar uma lógica de administração para o atendimento pronto e eficaz das necessidades dos cidadãos. O Sistema Único de Saúde que, em sua concepção, previa antecipar-se às atuais propostas de reforma do aparelho do Estado Brasileiro, enfrenta ainda enormes desafios para sua implementação.

Um dos aspectos que mais vem sendo debatido é a necessidade do incremento da capacidade gerencial no interior do sistema, para dar resultado e eficiência ao processo de descentralização do sistema de saúde no país. A Norma Operacional Básica MS/01/96 aponta para a transição dos municípios da condição de prestadores para a de gestores do sistema de saúde.

“A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com conseqüente redefinição de responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. (...) Busca-se, dessa forma a plena responsabilidade do poder público municipal (Brasil, 1996:1).

Assim, o município passa a assumir como responsabilidade o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria desses serviços.

A questão dos dados sobre as condições de saúde da população e sua informatização, são considerados um dos temas prioritários para a gestão do Ministério da Saúde desde 1995. A partir de então é constituído, conforme Portaria Ministerial n.º 1311 de 17/07/95, editada pelo Ministério da Saúde, um grupo de trabalho com o objetivo de estudar e propor soluções com vistas a organização de um Sistema Nacional de Informações de Saúde e a informatização das instituições integrantes da rede de ações e serviços de saúde do país. Atendendo às recomendações deste grupo de trabalho, o Ministro da Saúde criou a Comissão de Informação e Informatização do Ministério da Saúde.

O documento aprovado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial n.º 3 de 4/01/96, ressalta que a concepção dos sistemas está relacionada com a infra-estrutura da organização do setor saúde. No nível federal os órgãos coletam dados em sistemas compartimentalizados com pouca ou nenhuma articulação. Nos níveis estadual e municipal mesmo que existam órgãos específicos para a informação, estes não estão adequados às necessidades de desenvolvimento e de responsabilidade de gestão do setor saúde. Junta-se a isso a insuficiência de recursos, particularmente de recursos humanos qualificados, tanto para operação quanto para o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde. A falta de padronização dos procedimentos de obtenção, tratamento, análise e disseminação das informações, também são observados. É essencial conceber o sistema de informação como instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na de políticas a serem formuladas e implementadas. Deve ser concebido na sua qualidade de ações, de produtor de conhecimentos e descritor da representação de uma realidade (Ministério da Saúde, 1993:1).

Para o cumprimento dos dispositivos previstos na Lei Orgânica, com vistas à implantação do SUS, a informação assume importância estratégica. A própria lei determina como competência e atribuição comuns à União, estados e municípios, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde (Branco,1995). A informação compreendida como ferramenta para a tomada de decisão e produção de conhecimento, impõe a necessidade de reorganização dos serviços de saúde que a produzem e/ou a utilizam.

Fatores tais como a ampliação da implantação da estratégia da saúde da família e, conseqüentemente, do número de equipes de saúde e de famílias acompanhadas, implicaram em uma quantidade significativa de dados. Desta forma provocaram a necessidade do desenvolvimento de um sistema de informação que gerenciasse tais informações. Assim, para atender às mudanças ocorridas no modelo de atenção básica a partir da implantação da estratégia da saúde da família, foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB. Esse sistema se propõe a instrumentalizar o gerenciamento dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, produzindo informações para monitorar o desenvolvimento das ações realizadas pelos serviços de saúde no nível local e sustentar tecnicamente as decisões e o planejamento de ações de saúde implementadas nesse nível local. Trata-se de um instrumento para coleta, armazenamento e análise de informações sobre determinada base populacional adstrita a uma unidade de Saúde da Família. Esse sistema emite relatórios que permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário, permitindo assim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 1998).

Apesar de pouco tempo de sua utilização, o Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB se constitui numa realidade dentro do modelo de atenção pautado na estratégia Saúde da Família. Este sistema é utilizado e alimentado a partir das

atividades dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, implantados nos municípios brasileiros.

No decorrer da implementação do Pólo de Capacitação e Educação Permanente do Programa Saúde da Família – Núcleo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, no período de 1998 a 1999 assumindo a gerência administrativa, acumulamos material empírico, fruto dessa experiência. Boa parte destes dados foram coletados a partir da participação na formulação dos primeiros treinamentos introdutórios para os gestores do programa e da realização de debates em seminários de avaliação. Também como instrutora dos cursos de capacitações que são realizadas para as equipes do Programa de Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro, e considerando: i) o importante papel que a estratégia da saúde da família tem na direção de inversão do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde; ii) a recente introdução deste sistema nas unidades básicas, desde meados de 1998; e iii) a existência de poucos estudos relacionados sobre a sua utilização e adequação às propostas da prática sanitária de vigilância à saúde; delinearam-se os aspectos motivadores para a realização, deste estudo.

O presente estudo de caráter exploratório, buscou analisar a utilização do sistema de informação em atenção básica- SIAB nos municípios do estado do Rio de Janeiro que adotaram a estratégia saúde da família como modelo de atenção básica. Para tanto foram consideradas: a disponibilidade de informação no setor, a existência de sistemas de informação de saúde, as principais características dos sistemas de informação em saúde utilizados e seus processos de descentralização. Tais questões serão discutidas tendo como foco de estudo a implantação e utilização do sistema de informação em atenção básica na estratégia da saúde da família como instrumento de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde no nível local.

Para tal, duas questões centrais nortearam a investigação. Primeiro, a situação atual do Estado do Rio de Janeiro quanto ao cadastramento familiar das populações

cobertas pelo PSF, em relação a meta de 100% estabelecida pelo Ministério da Saúde; segundo, em que medida as informações produzidas pelo SIAB conseguem representar o processo de saúde doença da comunidade?

O desenho de estudo para a investigação dessas duas questões abrange: 1) uma descrição e análise sobre os principais sistemas de informação de saúde no Brasil, como acontece a descentralização de algumas informações, e quais as principais características do sistema de informação utilizado pelo Programa de Saúde da Família. 2) um trabalho de campo que apresenta algumas das informações trabalhadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB no estado do Rio de Janeiro.

Quanto a metodologia adotada para a realização do estudo, vale ressaltar como um aspecto relevante para a escolha dos métodos de pesquisa, o caráter extremamente atual e dinâmico do fenômeno em investigação. Uma das implicações desse fato é a escassez de estudos sobre o tema. Desta forma, foram utilizadas;

- **fontes orais** (apresentações em palestras e seminários, contatos pessoais);
- **publicações oficiais** (em Portarias Ministerial e revistas oficiais);
- **dados fornecidos** pelas instâncias gestoras do PSF, na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – Coordenação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e do Departamento de Informática do SUS – DATASUS.
- **documentos internos** da Coordenação do PSF/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro como relatórios técnicos.

Cumpramos ressaltar que a limitação deste estudo está relacionado ao caráter exploratório da pesquisa, que não permite o aprofundamento da discussão sobre possíveis mudanças que podem ocorrer com a utilização das informações disponibilizadas pelo SIAB pelo gestor municipal de saúde.

Após essas considerações, cabe apresentar como está organizada esta dissertação que compreende quatro capítulos.

O **capítulo 1** expõe sobre as características dos sistemas de informação no setor saúde, a descentralização das informações, e a necessidade de obtenção de informações sobre a população coberta no PSF.

O **capítulo 2** faz um histórico sucinto sobre a história do PSF como estratégia de reorganização dos serviços de saúde na atenção básica, inicia uma descrição sobre Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB com vistas ao SIPACS sistema que o antecedeu, elencando os indicadores que este sistema produzia; expõe sobre as características do sistema, sua estrutura organizacional e procedimentos para sua operacionalização nos níveis municipal e estadual, descreve também suas fichas de coleta de dados e de entrada no sistema, assim como seus produtos. Neste capítulo é introduzido ainda um item com toda a normatização legal existente em relação a implantação e operacionalização do SIAB objeto de estudo deste trabalho.

No **capítulo 3**, organiza-se parte das informações colhidas no trabalho de campo, quais sejam, tabelas e gráficos de cobertura do PSF no cenário nacional e do estado do Rio de Janeiro, algumas dessas informações foram selecionadas à luz do estabelecido pelo Ministério em relação as metas de cadastramento das famílias cobertas pelo programa, outras de forma a contemplar as características das comunidades em seus aspectos demográficos, sanitários e de acompanhamento de grupos específicos. Como estratégia de organização dessas informações optou-se por agregar para o estado do Rio de Janeiro essas informações pelas oito regiões de saúde que estão configuradas no módulo estadual do SIAB.

Por fim, o **capítulo 4**, busca-se trazer algumas reflexões, e aponta questões a serem aprofundadas em outras investigações.

CAPITULO I

A INFORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Aspectos conceituais

Comumente são utilizados os termos “*informação*” e “*dado*” de forma indiscriminada e confundidos nos seus significados. Da mesma forma, sistema de informação costuma ser associado a idéia de informatização (informática) ou ainda, como equivalente a base de dados.

Nos últimos 50 anos a diversidade de conceitos e definições atribuída ao termo informação como função estratégica de dominação ou libertação, vem aumentando na proporção dos interesses acadêmicos, econômicos, ou políticos sociais. A assertiva de que a informação vem assumindo cada vez mais um papel de referência ímpar nas sociedades atuais já está incorporada ao senso comum.

A informação , dependendo do enfoque que se lhe queira atribuir, possui diferentes dimensões explicativas e conceituais. A palavra informação em si traz a idéia de ordenação, de processo que organiza a ação. Traz ainda a idéia de dar a conhecer, tornar público. A informação pode contribuir para o avanço da cidadania e da representação dos sujeitos sociais, enquanto interlocutores do projeto político.

A informação tem ainda um potencial para trazer alterações da própria consciência do homem em sociedade. Considerada como etapa primordial para a ação, a informação não produz conhecimento e nem é seu sinônimo. No entanto, é imprescindível para a geração do conhecimento, assumindo o papel de “**agente**

mediador na produção do conhecimento” (Barreto, 1994:3 apud Moraes,1998).

No decorrer deste trabalho, entende-se que informação é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentro de um contexto para gerar conhecimento conduzindo à melhor compreensão de fatos e situações. Dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, desvinculado de referencial explicativo, que por si só não conduz ao entendimento da situação (Oliveira, 1992).

Por outro lado, sistema de informação é o processo de produção de informação e sua comunicação a atores, possibilitando sua análise com vistas à geração de conhecimentos. É um sistema de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, recupera e apresenta dados, gerando informações para uso diversos. Por seu turno, banco de dados é um dos principais componentes do sistema, sendo um agrupamento organizado de dados que pode ser utilizado por vários sistemas.

Sistemas de Informação no Setor Saúde

A implementação de sistemas de informação em saúde por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados no país é relativamente recente. Em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foi implantado sendo um sistema pioneiro a empregar um documento padronizado para coleta de informação sobre óbito (Laurenti,1985). Neste mesmo ano foi criado o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SNVE), baseado em documentos individuais e padronizados de coleta para as diferentes doenças de notificação compulsória. Em 1983 foi implantado o Sistema de Informação Hospitalares (SIH), também baseado em documentos individuais e padronizados (AIH – Autorização de Internações

Hospitalares), em grande parte pré-codificado ou com normas estabelecidas para sua posterior codificação (Almeida,1998).

A maioria dessas fontes trabalha com alto nível de agregação de dados, produzindo estatísticas que visam apoiar o processo de tomada de decisão a nível nacional sendo limitado o uso em questões locais.

Os sistemas de informação têm por finalidade produzir informação que permita o conhecimento de uma realidade e as modificações que nela ocorrem. No contexto da informática, sistema é um “conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função” (Branco,1996).

Historicamente, a produção das informações em saúde no país iniciou-se de forma centralizada. Este fato, possivelmente, deve-se a quatro razões principais. Primeiro, no início dos anos 60 a centralização da produção das informações foi tomada como estratégia nacional para a padronização e melhoria da qualidade das estatísticas disponíveis no país. Segundo a tecnologia de informática disponível no momento da criação dos sistemas de informações baseava-se nos *main-frames*, fato que já colaborava para uma forte centralização da produção de dados. Terceiro, a existência de poucos recursos humanos disponíveis para a gestão e produção das informações. Quarto, porém não menos importante, houve uma forte centralização política nos “anos de chumbo”, época em que vários destes sistemas foram criados (Baldijão,1992).

Tradicionalmente, os sistemas de informação têm sido concebidos, implantados e desenvolvidos pelos governos federal ou estadual, mas sobretudo pelo primeiro, sendo caracterizados por uma concepção centralizada em relação à definição de necessidades e à sua acessibilidade (Branco,1996). A partir dos anos 80, o INAMPS inicia um progressivo programa de descentralização de suas ações. A criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, em 1982, já permitiu a contratação dos serviços de saúde dos estados

e municípios. O programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, e o advento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1986 representaram uma substancial elevação dos recursos colocados à disposição das secretarias estaduais e municipais de saúde, viabilizando, pelo menos do ponto de vista financeiro, uma efetiva descentralização das políticas de saúde (Medici,1991).

O setor saúde realiza uma série de atividades em diversas áreas, como a vigilância epidemiológica, estatísticas vitais e administração de serviços, geradoras dos grandes bancos de dados nacionais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, o Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos(SINASC), o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação(SINAN), o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tais sistemas fornecem subsídios aos gestores do setor, para análise das condições de saúde da população, eleição de prioridades, mobilização de recursos e definição de política setorial.

O documento editado pela Portaria Ministerial n.º 3 de 1996, aponta dois aspectos para a concepção de sistemas de informação em saúde, o primeiro como instrumento para o processo de tomada de decisão, e o segundo como produtor de conhecimento e como descritor de uma realidade.

Tasca; Greco; Villarosa (1995), observaram algumas características básicas em relação aos sistemas de informação de saúde no Brasil. Apontaram uma elevada centralização dos dados com grande limitação de acesso, dificultando ao usuário local dispor em tempo hábil das informações produzidas. Referem também, a necessidade de disponibilização de tecnologia e recursos humanos especializados. Outra questão, é o longo tempo entre o processamento dos dados no nível central e sua disseminação no âmbito local não atendendo, assim, às necessidades dos sistemas locais de saúde. Ainda um aspecto ressaltado, é a ênfase na coleta de dados médicos ou de morbidade, limitando a construção do

perfil de saúde da população. A inexistência da participação da comunidade na geração e no uso das informações, a sobrecarga de tarefas para os profissionais responsáveis pela coleta e, ainda, as falhas de análise das informações são outros pontos destacados que prejudicam os processos de planejamento, acompanhamento e avaliação.

Segundo Moraes (1994), as configurações dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil estão caracterizados pela dicotomia entre medicina previdenciária e saúde pública, ou seja, suas bases de dados estão organizadas ou por procedimentos ou por determinados agravos ou grupo de risco. Neste sentido o SIAB propõe-se a constituir um sistema de informação que supere estas limitações, e que estejam adequados às propostas de (re)organização dos serviços baseados na prática sanitária de vigilância à saúde em um território determinado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS):

“.....é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêm e avaliam os serviços de saúde”(OMS, 1981:42).

A Descentralização das Informações em Saúde

Com a implantação do Sistema Único de Saúde a descentralização da gestão e a definição de prioridades dos serviços de saúde passam a ser prerrogativas da esfera municipal. Nessa perspectiva e com a introdução da micro informática nos sistemas de informação inicia-se o processo de descentralização de alguns sistemas.

Com a edição da Lei Orgânica da Saúde de 1990, a descentralização da informação em saúde assim como a organização de um sistema nacional de informação para o setor passam a ser regulamentadas. Vale ressaltar que, a descentralização e a utilização de sistemas de informação no nível local são impulsionadas na medida em que repasses financeiros aos municípios são estabelecidos. Nesta condição, a Norma Operacional Básica n.º 01/96 tem papel exemplar ao dispor que os municípios na gestão plena dos serviços de saúde com capacidade de operar os sistemas de informações básicas constitui-se um dos itens previstos para o repasse de recursos financeiros do nível federal para Estados e Municípios (Almeida,1998).

Pode-se considerar como um avanço no processo de informatização do setor saúde, na medida em que vincula os repasses financeiros à regularidade e à correção das informações fornecidas.

Almeida (1998:29), destaca que “a descentralização da produção da informação poderá trazer grandes vantagens para o aprimoramento da qualidade da informação” ...”contudo, será necessário desenvolver mecanismos que permitam um maior controle do fluxo das informações”...”de modo a assegurar agilidade da produção das informações em todos os níveis de gestão”.

Com o avanço da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja principal diretriz é a descentralização da gestão dos serviços de saúde, passa a existir uma demanda crescente para a descentralização da produção das informações em saúde, de modo a possibilitar a gestão e a definição de prioridades em nível municipal. A entrada em vigor em 1998 da Norma Operacional Básica – 96, do SUS, que prevê a gestão plena dos serviços de saúde pelos municípios, a capacidade de operar os sistemas de informações básicas constitui-se um dos itens previstos para o repasse de recursos financeiros do nível federal para estados e municípios, crescendo assim a importância da descentralização da produção das informações.

A descentralização da produção das informações, certamente, traria consigo, por exemplo, o uso da informação na definição de prioridades locais. Possibilitaria ademais, a identificação e o aperfeiçoamento de possíveis falhas do sistema no nível municipal, considerando que este nível possui um maior conhecimento da realidade. Porém, os municípios têm sido, em geral, excluídos de qualquer participação no processo de planejamento, implantação e desenvolvimento de tais sistemas, possuindo, quando muito o papel de coletores de dados (Possas,1989; Tasca ,1993).

É importante salientar, que as informações de saúde são essenciais para identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiar a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas necessárias ao processo de tomada de decisão no setor.

Como se sabe, a informação epidemiológica identifica a parte coletiva do quadro sanitário da população, utilizando para isto dados de morbidade, mortalidade, percepção da doença e uso dos serviços de saúde e comportamento. Sabe-se também, que os dados de morbidade existem de forma ampla e desagregada no

Brasil, sem estarem organizados em estruturas informatizadas que permitam a sua utilização ágil. As doenças de notificação compulsória possuem um alto grau de sub-registro diferenciado por localidade. Ficam fora dos sistemas de informação a população assistida pelos serviços privados e os que não têm acesso a estes serviços. Os dados de mortalidade encontram-se acessíveis no nível municipal a partir das declarações de óbitos mas apresentam dois problemas que podem prejudicar a tomada de decisão: as causas identificadas como mal definidas que podem ser proporcionalmente altas em alguns municípios; e o atraso na apuração e divulgação das informações. Dados sobre percepção da doença e utilização dos serviços de saúde, obtidos a partir de informações domiciliares, são formas de conhecer o grau de avaliação sobre o estado de saúde e também sobre as condições reais de acesso aos serviços pela população. Desta forma, este tipo de pesquisa pode fornecer ao gestor de saúde informações relevantes para corrigir possíveis barreiras ao acesso aos serviços. Pesquisas sistemáticas que permitissem o conhecimento de questões relacionadas ao comportamento de risco e padrões que pudessem indicar o grau de transmissibilidade de algumas doenças em determinadas comunidades, servindo de ferramenta para facilitar o trabalho da vigilância sanitária e epidemiológica (Medici,1991).

Por outro lado, a simples transposição de sistemas concebidos no plano federal para o âmbito estadual ou local, como tem ocorrido com os sistemas de mortalidade, nascidos vivos e doenças de notificação compulsória não implica na criação de sistemas ou ferramentas úteis para os níveis de agregação inferiores (municípios, distritos e localidades). Trata-se, a rigor, de desconcentração da digitação, do processamento e do acesso aos dados.

É importante fazer um parêntese para distinguir aqui a diferença entre dado e informação. Tal distinção, é essencial para a compreensão da proposta deste trabalho. Os dados são fatos individuais e matéria bruta para a produção de informação, e o que estão contidos nos bancos de dados. Muitas das saídas

(relatórios, tabelas, gráficos) dos atuais bancos de dados da área da saúde são formas de apresentação dos dados, denominadas no jargão de armazenamento de dados de mensagens. A mensagem é uma comunicação que contém uma coleção de dados em alguma ordem e formato. Para Brackett (1994), a informação é uma coleção de dados relevantes ao receptor em um determinado instante para uma finalidade específica. Ela surge de uma pergunta feita ao banco de dados que visa responder a uma necessidade específica. É freqüente a não distinção do que é recurso (dado) do que é produto (informação). A informação é portanto uma coleção de dados organizados de forma a serem relevantes ao receptor em um determinado momento para uma finalidade específica (Brackett,1994).

Pela primeira vez, o sistema de saúde tem forçado que os municípios assumam novas tarefas institucionais, tais como: o planejamento de gastos, programas de controle de doença, gestão de sistemas de informação, etc. , que, anteriormente, sempre foram tarefas dos governos federal e estadual. Desta forma, evidentemente deparam-se com dificuldades de toda ordem, em particular, no que se refere à necessidade de dados e ferramentas para facilitar a obtenção e a organização da informação. Embora muitos municípios já venham tentando adequar seus sistemas de informação, como forma de subsidiar o planejamento e a programação dos serviços, a maioria deles não sabem e têm dificuldades em defini-los adequadamente, conforme suas necessidades (Medici,1991).

CAPITULO II

ATENÇÃO BÁSICA , PSF E SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB

As modificações ocorridas no modelo de atenção à saúde, que envolvem a descentralização dos serviços, requerem o estabelecimento de mecanismos e estratégias que acompanhem as reformas que vêm acontecendo na administração pública. O setor saúde tem mostrado grande capacidade propositiva no campo das políticas públicas. O processo de reforma setorial vem colocando na agenda propostas de reformulação do modelo de assistência que atendam às demandas sociais. Os avanços jurídico-normativos conquistados na Constituição Federal de 1988 não se traduziram, necessariamente, na prática assistencial do dia a dia dos serviços, nem tampouco na cultura administrativa e gerencial. No entanto, o desafio continua centrado na busca de estratégias para romper com o modelo hegemônico de característica assistencialista, curativa, medicalizante e hospitalocêntrico, pautado na compra de serviços e na especialização das ações.

Na trajetória de construção do Sistema Único de Saúde mais uma Norma Operacional Básica – NOB 01/96 é publicada. Ela avança na descentralização para os municípios, explicita e dá conseqüência prática aos princípios e diretrizes do SUS. A NOB 01/96 soluciona a questão de transferência, de fiscalização e de controle no uso de recursos para os estados e municípios definindo dois tipos de gestão: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na Gestão Plena de Atenção Básica – são municipalizados todos os serviços públicos (federal e estadual) no nível primário . O município passa a ser responsável pelas ações de saúde, inclusive responsabilizando-se pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Passa a exercer o controle e a avaliação

das ações de segundo nível, ou seja procedimentos ambulatoriais especializados, bem como as ações de terceiro nível (hospitais públicos e privados contratados ou conveniados com o SUS). O município passa também a receber mensalmente, fundo a fundo, o PAB¹; autoriza o pagamento das internações hospitalares e de procedimentos ambulatoriais especializados realizados no seu âmbito.

Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município, além dos recursos do PAB, passa a receber fundo a fundo o Teto Financeiro Geral do Município (TGFM), que é um montante de recursos depositado em seu Fundo Municipal de Saúde. Passa a se responsabilizar inclusive pelo pagamento de todos os serviços contratados e conveniados com o SUS.

Por outro lado, nessa fase de implementação do SUS alguns problemas precisam ser enfrentados, ou seja, definição efetiva dos papéis e responsabilidades de cada uma das esferas de governo avançando no sentido da conceituação mais precisa da descentralização. Consolida-se a proposta de orientação para a sociedade, a partir da criação de um sistema de demanda em lugar da ênfase na oferta.

Nas duas modalidades de gestão são previstos incentivos financeiros ao município que implementar os Programas de Saúde da Família e o de Agentes Comunitários de Saúde². A implementação da estratégia saúde da família nos municípios brasileiros pode ser considerada, uma proposta de fortalecimento do sistema de atenção básica municipal com vistas à reorientação da atenção nos níveis locais. Tais estratégias deverão ser capazes de romper com as tradicionais bases organizacionais de prestação dos serviços de saúde, promover a mudança

¹ Piso de Atenção Básica – consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal. Este piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE).

² Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): estabelece um acréscimo percentual ao montante do PAB, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família e/ou agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência. Este montante pode chegar a 80% do PAB>

do objeto da atenção setorial, reorganizar a prática assistencial com novos critérios de abordagens, permitir uma compreensão ampliada do processo saúde e doença.

Desta forma, o SUS, fundamentado nos princípios e diretrizes de equidade, universalidade, integralidade, participação da comunidade, utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e na orientação programática, descentralização com mando único em cada esfera de governo, intersetorialidade e resolubilidade, aponta para a adoção de um novo paradigma de atenção. Há que se considerar que a implantação do SUS faz-se em constante luta entre projetos alternativos nos planos político, ideológico e tecnológico. Mendes (1993), contrapondo os princípios e diretrizes citados às orientações práticas do sistema de saúde brasileiro neste final de século, discute as incoerências entre o objeto definido legalmente e sua prática cotidiana. Dessa forma, abre espaço para a superação das profundas dificuldades colocadas no processo de implementação do SUS. Esta concepção entende ou representa a saúde como ausência de doença e define a organização dos serviços em conformidade com os elementos ideológicos do paradigma flexneriano³. A lógica flexneriana implica em ofertas e demandas crescentes de mais serviços médicos a custos crescentes e com baixo impacto nos níveis de saúde. Decorre daí, em tempos de crise fiscal, o estabelecimento de uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para diferentes cidadanias, segundo sua inserção social, conformando no seu conjunto um sistema perverso porque altamente desigual. Para Mendes, a construção do SUS em função do mandamento constitucional implica no paradigma da Produção Social⁴.

³ O modelo de organização de serviços gerados pelas concepções flexnerianas tem como características: o culto à doença, devoção à tecnologia, atendimento exclusivo ao indivíduo, trabalho isolado e centrado no médico, despreocupação com promoção e prevenção, relação absoluta e direta do médico com a clientela, instalação de serviços e agregação de tecnologia sem qualquer organização de sistemas.

⁴ Concepção que incorpora novas abordagens terapêuticas voltadas à promoção de situações mais favoráveis à saúde, integrando as diversas dimensões do processo saúde e doença sobretudo as ambientais e sociais.

Carvalho(1996) procura evidenciar o descompasso entre a política terapêutica atual e o quadro sanitário a ser enfrentado. Nesta trajetória, aponta as limitações impostas à saúde pública no que se refere a sua capacidade resolutiva. Tais limitações traduzem-se também em dificuldades que devem ser enfrentadas para a efetiva implementação do SUS.

Para Carvalho, embora o atual perfil epidemiológico tenha se delineado há algumas décadas, o modelo terapêutico, seja no campo da clínica seja no da saúde pública, mantém-se preso ao antigo paradigma biomédico. Enquanto isto, o complexo processo sanitário atual, fruto simultâneo das façanhas sanitárias e dos efeitos mórbidos da tecno-ciência, não redutível a modelos causais simples de corte biologista, faz com que a saúde pública torne-se cada vez mais dependente de saberes e decisões extra-setoriais. Assim, a complexidade do atual perfil epidemiológico desafia a capacidade estrita do setor saúde de responder de forma efetiva. Citando o exemplo de serviços de emergência, Carvalho argumenta que

“...não há possibilidade técnica, nem financeira de construir prontos-socorros ou serviços de neurocirurgias que possam fazer frente ao vertiginoso e multifacético aumento da violência urbana” (Carvalho,1996:108).

Nesta direção, indica que a proposta de políticas saudáveis pode contribuir como um campo de referências conceitual e empíricas, ainda em construção, rejeitando claramente tanto o papel de biombo para políticas sanitárias minimalistas quanto o de expressão institucional e normativa da obsessão com a saúde perfeita.

...a noção de "políticas saudáveis", a despeito de ser veículo de conteúdos muito abertos e imprecisos pode funcionar como uma espécie de código ou senha de identificação dos esforços teóricos, empíricos, de renovação progressista da Saúde Pública (Carvalho,1996:120).

Em nossa história recente, ações programáticas do Ministério da Saúde são introduzidas como inovações, tanto para otimização dos recursos como para superar o modelo médico-hospitalar, tendo como perspectiva a saúde enquanto qualidade de vida. Dois programas de saúde ganham especial importância: o Programa de Saúde da Família – PSF e o de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

A Estratégia da Saúde da Família no SUS

O Ministério da Saúde priorizou os Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o de Saúde da Família - PSF, como estratégias de otimização dos recursos e superação do modelo assistencial médico-hospitalar na busca de alterar qualitativamente as ações de saúde.

Por outro lado, o Banco Mundial, apresenta uma pauta redefinindo políticas. Nesse processo internacional, o financiamento atrela-se à definição de agendas com temas que visam o reordenamento da política de saúde no Brasil, maximizando recursos no sentido de reduzir a pobreza. Destaca-se *“a particular habilidade das organizações internacionais em mudar crenças substantivas em políticas”* (Costa, 1996:14). Para a cultura técnica do Banco Mundial, a política pública social deveria ser dirigida para os chamados setores pobres, devendo deixar de lado o princípio universalista, assumindo um caráter focalizado e seletivo. (Costa, op.cit.).

Em síntese, as orientações normativas para o setor saúde seriam:

- necessidade de flexibilizar o SUS, a curto prazo;
- focalização dos gastos públicos;

- aperfeiçoamento da regulação do mercado;
- estabelecimento de um “pacote” de benefícios padronizado.

Àquela época, no governo Itamar Franco havia uma grande discussão em torno do Programa de Agente Comunitários de Saúde (formulado em 1991), especialmente devido a grande repercussão que teve a experiência do Ceará, na diminuição da mortalidade infantil no estado. Hoje, esse programa é visto como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família.

Na primeira gestão do governo Fernando Henrique Cardoso foi selecionado um conjunto de programas com maior potencial de impacto no combate à miséria. Esses programas são executados por cinco ministérios – Agricultura, Educação, Saúde, Trabalho e Planejamento – e compõem a Agenda Básica do Programa Comunidade Solidária (Decreto n.º. 1366 de 12 de janeiro de 1995). Esses programas têm o “selo de prioridade” nas ações governamentais. Entre eles, destacamos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – o PACS, que se insere no Projeto de Redução da Mortalidade Infantil. Como se sabe, há um objetivo explícito em fazer do PACS uma fase introdutória de mudança da lógica de assistência básica, onde condições reais impedem que o PSF chegue. Mas, em termos prospectivos, o PACS não será implantado isoladamente, mas sim inserido e potencializado no PSF (Levcovitz e Garrido, 1996).

A Implantação do PSF: antecedentes

Em 1987, inicia-se a implantação no Ceará, do Programa de Agentes de Saúde como experiência piloto financiado pelo Programa de Emergência para o Combate aos Efeitos da Seca. Em outubro de 1988 é implantado definitivamente. O Ministério da Saúde, em 1991, cria o Programa dos Agentes Comunitários da Saúde – PACS. Vale ressaltar, que este agente teria que ter algumas características peculiares: idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever; e residir há, pelo menos, 2 anos na comunidade; e integrar a equipe de saúde local, estando preparado para identificar problemas, sensibilizar e orientar as famílias e a comunidade para as questões relacionadas com a saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) teriam como principais atribuições: (a) Cadastramento/diagnóstico das famílias; (b) mapeamento das residências; (c) identificação das áreas de risco, realização das visitas domiciliares com prioridade de atenção dirigida para as gestantes e crianças, ações coletivas e ação intersetorial.

Para sua implementação, são necessárias duas condições básicas. Primeiro, o município deverá estar habilitado em uma das condições de gestão previstas na NOB/96 - Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Segundo o projeto deverá estar aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Por outro lado, o município terá de assumir os seguintes compromissos: definir a unidade básica de saúde para referência e cadastramento dos agentes comunitários; garantir infra-estrutura de funcionamento das unidades básicas; comprovar a existência do Fundo Municipal da Saúde ou conta especial; contratar e remunerar os profissionais das equipes; garantir educação permanente aos profissionais; solicitar a adesão à Secretaria Estadual da Saúde. A formação dos agentes comunitários de saúde é assegurada por enfermeiros com dedicação integral. Cada enfermeiro poderá assumir a formação e supervisão de, no máximo, 30 agentes.

Para o PACS, todas as informações coletadas da comunidade pelos agentes comunitários de saúde são registradas num formulário do SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, constituindo a base para a elaboração dos relatórios que permitem aos gestores municipais conhecer a realidade sócio-sanitária da população, avaliar, readequar e melhorar os serviços de saúde. É notório, segundo análises do Ministério que o PACS teve um grande impacto modificando alguns indicadores de saúde principalmente a mortalidade infantil. Por este motivo, os secretários municipais buscaram expandir o programa à outros profissionais da saúde e operacionalizar a rede básica. No entanto, a ausência de recursos financeiros próprios, os municípios passam então a pressionar o governo federal a financiar tal iniciativa de expansão do Programa. Desta feita, realiza-se em Brasília, em dezembro de 1993, uma reunião sobre “saúde da família”, marcando assim o início do Programa de Saúde da Família.

Inicialmente o PSF constituía-se de um programa vertical da Fundação Nacional da Saúde que tinha por objetivo cobrir áreas de risco selecionadas a partir do Mapa da Fome, programa este coordenado pela COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade. O financiamento era assegurado por convênio estabelecido entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Em 1995 o PSF é transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Inicia-se uma discussão para a incorporação do PSF no sistema de remuneração da tabela de procedimentos do SIA/SUS, implementado a partir de Janeiro de 1996. Com a NOB/96 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB) que instituiu o sistema de remuneração per capita.

Em 1997 o Programa de Saúde da Família assumi a forma de uma estratégia de atenção primária. Essa evolução de programa para estratégia contribuíram várias circunstâncias entre as quais: a experiência internacional de alguns países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra no desenvolvimento de modelos de assistência à família; a experiência de alguns municípios (Niterói, Curitiba, Porto Alegre); a não existência, no momento, no Brasil de nenhuma proposta concreta

de assistência básica para o SUS uma vez que o SILOS não tinha uma definição de cobertura; o sucesso do PACS como forma descentralizada de operação da política de saúde; e a própria NOB/96.

O PSF tem por objetivo geral a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica na atuação das unidades básicas de saúde com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população, sua operacionalização poderá apresentar variações para adaptações necessárias às diferentes realidades locais e regionais.

Assim, o PSF é considerado uma estratégia que visa reverter o modelo assistencial tradicional por outro centrado na família com incorporação de intervenções que ultrapassam as práticas curativas, baseadas numa melhor compreensão do processo saúde/doença através da criação de vínculos e laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. O PSF é implementado a partir da unidade de saúde da família constituída por uma ou mais equipe multiprofissional que cobre um território e uma população determinados de 800 a 1000 famílias por equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo, contudo, incorporar outros profissionais de saúde dependendo da necessidade e disponibilidade.

As atividades definidas da equipe de saúde da família incluem:

1. Conhecer a realidade das famílias (social, demográfica e epidemiológica) através do cadastramento;
2. Identificar os problemas de saúde e situações de risco da população;
3. Elaborar um plano local com a participação da comunidade para enfrentar os problemas de saúde e situações de risco;

4. Prestar assistência integral, com enfoque na prevenção sem descuidar do atendimento curativo nas áreas de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais);
5. Desenvolver ações educativas para enfrentar os problemas de saúde identificados.

O PSF é implantado nos municípios com participação do nível estadual. Várias são as etapas de implementação, não necessariamente seqüenciais:

Primeiro, sensibilização, apresentação e discussão da proposta do Programa de Saúde da Família com a população das áreas escolhidas para implementação (bairros, distritos) e com os segmentos representativos do governo e sociedade local; segundo, adesão ao PSF, em que o município, habilitado conforme uma das condições de gestão previstas na NOB/96 (Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal), deve elaborar o projeto para implementação das equipes nas unidades básicas e submetê-lo à apreciação do Conselho Municipal da Saúde que, após aprovação, o remete para a Secretaria Estadual de Saúde que o analisa e encaminha para a Comissão Intergestora Bipartite . Após a aprovação nesta instância o município fica autorizado a proceder ao cadastramento das unidades de saúde da família. A SES negocia com a CIB o apoio técnico e financeiro da proposta e assume a assessoria do planejamento, acompanhamento e avaliação das unidades de saúde da família, participando também no processo de capacitação dos profissionais envolvidos. Terceiro, definição do fluxo de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade que asseguram a realização de consultas especializadas, apoio diagnóstico e internamentos hospitalares. Quarto, recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos. Quinto, capacitação das equipes como processo contínuo. Sexto, treinamento inicial. Sétimo, educação contínua visando o aperfeiçoamento profissional com utilização de recursos técnicos disponíveis e integração com universidades e instituições de ensino e capacitação de RH. Oitavo, financiamento. Nono, alimentação do Sistema de Informação da Atenção

Básica - SIAB e Relatório de Gestão para acompanhamento e avaliação de desempenho e evolução do trabalho das equipes. Tais informações, buscariam detectar alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação do usuário, satisfação dos profissionais, qualidade do atendimento e desempenho da equipe, impacto nos indicadores de saúde.

Como estratégias operacionais do modelo Saúde da Família, o Ministério da Saúde apresenta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, e o Programa de Saúde da Família – PSF, não como programas isolados e sim, como propostas com níveis de complexidade distintas. Na impossibilidade da maioria dos municípios brasileiros adotar a reorientação do modelo, segundo a proposta global de Saúde da Família, o PACS tem sido visto como uma etapa transitória de fortalecimento do município com vistas à Saúde da Família.

A estratégia de saúde da família é retomada pela Norma Operacional Básica n.º 01/96 com o propósito de inversão do modelo assistencial atual. Nela são contemplados incentivos financeiros com propósito de garantir sua implementação. Esta estratégia setorial requer o desenvolvimento de um processo integrativo e articulador, com ações de prática assistencial, de recuperação da saúde e de mobilização comunitária, vindo a significar a ampliação do conceito de atenção básica de saúde. Segundo Mendes (1996: 275-276):

“A saúde da família, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu *habitat*; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos,

sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde”.

Como já falamos, para a adoção da estratégia Saúde da Família nos sistemas locais de saúde, é necessário que os municípios cumpram os requisitos operacionais definidos pelo Ministério da Saúde. Tais exigências têm por objetivo reorganizar as práticas de trabalho desenvolvidas nas unidades de saúde da família., das quais podemos destacar: o cadastramento das famílias da área de abrangência; o planejamento e programação local; abordagem interdisciplinar e práticas intersetoriais. O SIAB permeia essas práticas como instrumento de gestão que deveria ser utilizado para imprimir qualidade às ações referidas. Por exemplo, no momento do cadastramento, o sistema é alimentado com dados demográficos, de morbidade referida e de condições sociais. Tais dados se reverterão em indicadores que estarão subsidiando o planejamento, a programação e a tomada de decisão da equipe interdisciplinar. Possibilita, ainda acompanhar a organização do sistema de saúde, no que se refere a complementariedade das ações, estabelecidas pelo sistema de referência e contra referência.

Assim, o SIAB é uma ferramenta de apoio para gestão da saúde local através do monitoramento do desempenho das unidades de saúde da família.

Segundo Viana(1998), o Programa Saúde da Família está provocando tanto alterações nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Representa uma estratégia de reforma incremental⁵ do sistema de saúde no Brasil, uma vez que o programa aponta para mudanças no financiamento, na organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, influenciando portanto no processo de descentralização. O Programa Saúde da Família, por suas características estratégicas de reestruturação do modelo assistencial dominante, é parte

⁵ Viana(1998) define reforma incremental como um conjunto de modificações no desenho e na operação da política.

integrante do sistema de saúde local, ou seja, constitui-se como unidade prestadora de serviços atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde.

Sistema de Informação da Atenção Básica no PSF: Antecedentes

O Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), começou a ser implantado no primeiro semestre de 1993 e foi informatizado somente no final de 1995. O SIPACS destinava-se, principalmente, a instrutores/supervisores municipais do PACS e aos Gerentes dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). A concepção deste sistema tinha como propósito possibilitar a partir do registro domiciliar a construção de alguns indicadores referentes ao município. Todo o processo de geração da informação é parte do trabalho diário de agentes comunitário e de instrutores/supervisores (enfermeiros). Desta forma, utilizava-se os seguintes instrumentos de coleta: o de Cadastramento Familiar, o Cartão da Criança, a Ficha de Registro de Atividades Diárias e a Ficha de Acompanhamento de Gestantes.

Conforme pode-se observar no Quadro 1, os indicadores do SIPACS estão agregados a partir dos dados do cadastramento das famílias de coleta anual; e do acompanhamento das crianças e gestantes de coleta mensal. Esses indicadores são construídos a partir das informações das condições sócio-demográficas e de morbidade referida constante no cadastramento das famílias; enquanto que os de cobertura do Programa, de assistência à saúde (crianças e gestantes), de difusão de práticas preventivas (crianças), de morbidade de vigilância nutricional e de mortalidade infantil referem-se às informações contidas nas fichas de acompanhamento de crianças e gestantes.

QUADRO 1 - INDICADORES do SISTEMA de INFORMAÇÃO do PACS – SIPACS

Dados do cadastramento das famílias	Coleta: anual
Indicadores de condições sócio demográficas das famílias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribuição da população atendida por sexo e idade; ➤ Proporção de crianças de até 14 anos na escola ➤ Proporção de maiores de 14 anos alfabetizados ➤ Distribuição dos domicílios por tipo de casa, origem e tratamento da água, destino do lixo e dejetos.
Indicadores de morbidade (morbidade referida)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalência de tuberculose ➤ Prevalência de hanseníase ➤ Prevalência de Doença de Chagas ➤ Prevalência de malária ➤ Prevalência de esquistossomose ➤ Prevalência de desnutrição ➤ Prevalência de hipertensão ➤ Prevalência de diabetes ➤ Prevalência de asma ➤ Prevalência de deficiência física ➤ Prevalência de epilepsia
Dados de acompanhamento das famílias	Coleta mensal
Indicadores de cobertura do PACS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado: Proporção de municípios com o PACS implantado Município: Proporção de famílias cadastradas por famílias estimadas
Indicadores de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Média de visitas realizadas pelo agente comunitário de saúde ➤ Proporção de gestantes com pré-natal em dia na unidade ➤ Proporção de gestantes com pré-natal em dia iniciado no 1º trimestre na unidade ➤ Proporção de gestantes com vacina em dia ➤ Proporção de crianças de 0 a 11 meses com vacinas em dia ➤ Proporção de crianças de 12 a 23 meses com vacinas em dia
Indicadores de difusão de práticas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporção de crianças < 4 meses com aleitamento materno exclusivo ➤ Proporção de crianças até 4 meses com aleitamento materno misto ➤ Proporção de crianças < 2 anos que tiveram diarreia e usaram terapia de reidratação oral
Indicadores de morbidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incidência de diarreia em < de 2 anos ➤ Incidência de infecção respiratória aguda em < 2 anos ➤ Incidência de baixo peso ao nascer ➤ Incidência de desnutrição em crianças < 1 ano ➤ Incidência de desnutrição em crianças de 12 a 23 meses
Indicadores de vigilância nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporção de nascidos vivos pesados ao nascer ➤ Proporção de crianças < 1 ano pesadas ➤ Proporção de crianças de 12 a 23 meses pesadas
Indicadores de mortalidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mortalidade Infantil proporcional ➤ Mortalidade Infantil proporcional por diarreia ➤ Mortalidade Infantil proporcional por infecção respiratória aguda ➤ Coeficiente de Mortalidade Infantil ➤ Proporção de óbitos em mulheres de 12 a 49 anos

Fonte: Ministério da Saúde, manual do SIPACS, 1996.

O Programa de Saúde da Família, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, assume características de atuação mais abrangente do que Programa de Agentes Comunitários de Saúde, realizando atividades que incluem o diagnóstico de saúde da comunidade, participação em grupos comunitários, estabelecimento de referências e contra-referências, prestação de atenção integral a toda família, estabelecimento de parcerias buscando desenvolver ações intersetoriais. A implementação do PSF indica a necessidade de aumentar o número de informações disponíveis no SIPACS, fazendo com que este sistema seja capaz de gerenciar novos instrumentos de coleta de dados.

Assim sendo, o DATASUS junto com a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC⁶/SAS/MS, desenvolveram um sistema informatizado para os Programas PACS e PSF, denominado **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do SIPACS – Sistema de Informação do PACS – mas mantém a lógica central de seu funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional. O SIAB amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação de dados a serem utilizados por toda a equipe de saúde da unidade básica da família (Brasil, 1998).

Assim, o SIAB foi desenvolvido para: a) dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizados pelos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família; b) gerar informações essenciais para as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e para o Ministério da Saúde; c) auxiliar e agilizar tomada de decisões referentes a indivíduos e famílias, tornando disponível um conjunto de informações às equipes de saúde da família, coordenadores e gestores locais de saúde; d) apoiar a priorização de ações dirigidas às comunidades dos municípios ou a distritos

⁶ Em 16 fevereiro de 2000 através da Portaria n.º 124/GM que dispõe sobre o processo de alteração da estrutura regimental do Ministério de Saúde, as ações relativas à atenção básica (PACS/PSF) foram transferidas da Secretaria de Assistência à Saúde⁶ para a Secretaria de Políticas de Saúde/SPS – Departamento da Atenção Básica – DAB.

específicos; e) permitir uma avaliação do trabalho dos agentes comunitários e de toda a equipe de saúde; f) observar os impactos das ações de saúde desenvolvidas junto à comunidade. A seguir, vamos apresentar o SIAB de forma detalhada: a) descrição e características do *software*; b) estrutura organizacional; c) normatização.

a) *Descrição e Características do software*⁷

O SIAB está estruturado em quatro módulos, descritos a seguir:

⁷ **Hardware - Software**

Configuração mínima do equipamento necessário para a implantação do SIAB:

- Microcomputador AT-486-DX4 com clock de 100MHZ
- 1 Mb de memória RAM
- Disco Rígido de 80 Mb
- Drive de 3,5 polegadas
- Impressora matricial de 80 colunas

Sistema Operacional MS-DOS – Versão 6.0 ou superior

Sistema aplicativo do SIAB

A entrada de dados é feita através de digitação ou de meio magnético (disquete), utilizando-se um microcomputador onde serão armazenadas as informações registradas em formulários próprios dos programas. Utiliza-se três formulários para entrada de dados, um para cadastramento familiar, outro para as informações de saúde e o último com informações de produção e marcadores para avaliação. O sistema possibilita ao usuário selecionar inúmeras alternativas de relatórios apresentadas em vídeo ou papel. Da mesma forma, facilita aos operadores quanto aos procedimentos para segurança e integridade das informações. Oferece também aos usuários alternativas de implantação em cinco níveis: nacional, estadual, regional, municipal e unidades básicas. Essa última alternativa pode ser efetuada de duas formas diferentes, utilizando-se do próprio SIAB ou ainda através do SIGAB- Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica. A aquisição do *software* pode ser realizada através das Coordenações Estaduais do PSF/PACS ou fazendo-se um *download* do sistema no site do DATASUS. Essa alternativa disponibiliza as duas opções Módulo Municipal e Estadual/Regional. Essa são alternativas também para o acesso ao manual de preenchimento das fichas de entradas dos dados e para as cópias dos formulários de coletas (fichas).

Módulo Cadastro: Cadastramento e manutenção dos dados utilizados nas aplicações do sistema, como tabelas de Estados, Regionais, Municípios, Famílias Estimadas, População, Unidade Básicas. É utilizado, também, para o cadastro dos profissionais e equipes, além da entrada de dados das famílias, moradia e saneamento, saúde e produção.

Módulo Consulta: Verificação dos dados das tabelas utilizadas nas aplicações do sistema e dos dados sobre famílias, moradia/saneamento, saúde e produção.

Módulo Relatórios: Geração de relatórios de produção, gerenciais e estatísticos referentes aos serviços processados.

Módulo Utilitários: Processamento de rotinas de integridade e segurança do sistema, assim como para o envio e recebimento das informações (base de dados) entre os diversos níveis.

b) Estrutura Organizacional – coleta, fluxo e consolidação dos dados

Procedimentos Básicos

Para implantar o SIAB o município precisa definir os segmentos territoriais, indicando quais são os segmentos urbanos e rurais; definir as áreas de abrangência de cada equipe seja PACS ou PSF; identificar o modelo de atenção à saúde: PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF – Programa de Saúde da Família ou outro – atendimento à demanda espontânea, oferta organizada etc.; identificar a unidade de saúde a qual está vinculada a equipe de saúde; definir as microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde; e cadastrar as famílias de cada microárea .

O SIAB é utilizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e pelo Programa Saúde da Família. É possível a utilização do SIAB mesmo para aqueles municípios que, apesar de não adotarem o PACS e/ou PSF. A condição para seu uso é ter a clientela adscrita e realizar o cadastramento das famílias. Mantendo a lógica central de funcionamento do SIPACS, que tem como referência uma

determinada base populacional., esse sistema expande o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e consolidação de dados, possibilitando sua utilização por toda a equipe da unidade de saúde da família.

É importante registrar que o PACS, dada sua maior expansão e experiência no uso de um sistema de informações, passou a alimentar regularmente o SIAB. O PSF só começou a enviar dados ao sistema no primeiro semestre de 1998.

Coleta de dados

O SIAB é um sistema que agrega e processa as informações sobre a população visitada. Essas informações são coletadas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios e consolidação dos dados (SIAB, 1998). São utilizados como instrumentos de coleta de dados várias fichas (Anexo I), que passamos a descreve-las abaixo.

Ficha A – Cadastramento das famílias.

Essa ficha é de preenchimento obrigatório para os programas PACS e PSF e opcional para os demais. É preenchida pelo agente comunitário de saúde nas primeiras visitas às famílias de sua comunidade. Essa ficha de cadastramento das famílias acompanhadas deverá ser atualizada anualmente a exceção de dados de nascimentos, óbitos, mudanças de atividade profissional (ocupação) e ocorrência de doenças pela família. Essa ficha fornece dados sobre o número de indivíduos na família por sexo e idade, ocupação, frequência escolar, condições de moradia, saneamento e morbidade referida.

Fichas B e C - Acompanhamento domiciliar.

As fichas do *Grupo B* e a *ficha C* são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento, que incluem informações sobre gestantes: atenção pré-natal e detecção de fatores de risco para morbimortalidade materno-infantil; portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase e menores de 2 anos: situação vacinal, estado nutricional. A cada visita mensal os dados destas fichas devem ser atualizados. O agente comunitário de saúde deve junto à equipe revisar as fichas periodicamente, sempre que cadastrar um caso novo, o agente deve discutir com a equipe o acompanhamento do mesmo.

QUADRO 2 – FICHAS DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR DO SIAB

Ficha B-GES – acompanhamento das gestantes	Ficha B-HA – acompanhamento de hipertensos
Ficha B-DIA – acompanhamento de diabéticos	Ficha B-TB – acompanhamento de pacientes com tuberculose
Ficha B-HAN – acompanhamento de paciente com hanseníase	Ficha C – acompanhamento de crianças – cartão da criança

Fonte: Ministério da Saúde, manual do SIAB, 1998.

Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações

Esta ficha é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. O preenchimento dos campos desta ficha são específicos para determinadas categorias profissionais. Na *ficha D* incluem informações sobre o número de

consultas médicas por faixa etária, por tipo de atendimento, solicitação de exames, encaminhamentos médicos, algumas condições patológicas selecionadas como marcadores⁸ da atenção básica.

Instrumentos de Consolidação dos dados

A maioria das informações registradas pelos agentes comunitários de saúde é consolidada pela equipe, mantendo com cada agente estas informações que são de grande utilidade para o desempenho das atividades diárias de toda a equipe, pois auxiliam na busca de soluções para problemas de cada indivíduo ou família acompanhada.

O SIAB define quatro instrumentos de consolidação de dados para o cadastramento familiar e dois para a situação de saúde das famílias acompanhadas, denominados relatórios SSA2 (para consolidar os dados de todas as áreas com equipes de saúde da família) e SSA4 (para consolidar as informações do município). Define também, outros dois instrumentos consolidadores referente à produção de serviços e à ocorrência de eventos marcadores, o *PMA2*, que consolida as áreas e o *PMA4* o município como um todo,

Consolidado anual das famílias cadastradas

As Fichas A1, A2, A3 e A4 consolidam dados das famílias cadastradas. Os números 1, 2, 3 e 4 nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes: microárea (1), área(2), segmento(3) e município(4). A medida que se inclui no SIAB a ficha A (cadastramento familiar) pode-se obter os consolidados das microáreas (A1) até o do município (A4), esses instrumentos de consolidação estão informatizados no SIAB.

⁸ Definidos como “*eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita*”(Brasil,1998)

Consolidado da Situação de saúde e acompanhamento das famílias.

Para estas informações, utilizam-se as fichas SSA2 situação de saúde e acompanhamento das famílias na área e SSA4 situação de saúde e acompanhamento das famílias na município que consolidam respectivamente informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área e no município. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das fichas *A*, *B*, *C*, e *D* conforme Quadro 3. O preenchimento destes relatórios de consolidação deverá ser realizado apenas quando o modelo de atenção for PACS ou PSF.

QUADRO 3 – INFORMAÇÕES do RELATÓRIO SSA2 SEGUNDO INSTRUMENTO de COLETA do SIAB

INSTRUMENTO DE COLETA	INFORMAÇÕES
FICHA A	Famílias Cadastradas
FICHA B – GES	Nascidos Vivos Gestantes Cadastradas Gestantes < 20 anos cadastradas Gestantes acompanhadas Gestantes com vacina em dia Gestantes com consulta de pré-natal no mês Gestantes com pré-natal no 1º trimestre
FICHAS B DIA, HA, TB, HAN	Diabéticos cadastrados Diabéticos acompanhados Hipertensos cadastradas Hipertensos acompanhados Pessoas com Tuberculose cadastradas Pessoas com Tuberculose acompanhadas Pessoas com Hanseníase cadastradas Pessoas com Hanseníase acompanhadas
FICHA C	Nascidos Vivos pesado ao nascer Nascidos Vivos pesado ao nascer, com peso menor que 2.500 gramas Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento exclusivo e aleitamento misto Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com as vacinas em dia, pesadas e desnutridas
FICHA D	Visitas Domiciliares Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO Crianças menores de 2 anos que tiveram infecção respiratória aguda Hospitalizações ocorridas no mês Óbitos ocorridos no mês

Fonte: Ministério da Saúde, manual do SIAB, 1998.

Consolidado da produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras

Por fim os relatórios que consolidam estas informações são denominados de Produção e marcadores para avaliação na área - PMA2 e PMA4 para o município.

A consolidação destes dados é obrigatória em todos os modelos cadastrados. Para tal, a consolidação é feita a partir das informações das Fichas D e dos Relatórios SSA2 (Quadro 4). A responsabilidade pela consolidação desses relatórios é dos profissionais de saúde da coordenação municipal e da Secretaria Municipal de Saúde.

QUADRO 4 – INFORMAÇÕES do RELATÓRIO PMA2 SEGUNDO INSTRUMENTO de COLETA do SIAB

INSTRUMENTO	INFORMAÇÕES
FICHA D – MÉDICO	Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos Acidente Vascular Cerebral Infarto Agudo do Miocárdio Pneumonia em > 5 anos
FICHA D – ENFERMEIRO	Doença hemolítica perinatal Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos Meningite tuberculosa em menores de 5 anos Hanseníase com grau de incapacidade II e III
RELATÓRIO SSA2	RN com peso < 2.500 g Gravidez em < 20 anos Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia, e por desidratação Hospitalizações por abuso do álcool Hospitalizações por complicação do Diabetes Hospitalizações por qualquer causa Internações em hospital Psiquiátrico Óbitos em < 1 ano por todas as causas, por diarreia e por infecção respiratória Óbitos em mulheres de 10 a 49 anos Óbitos de adolescentes (10 –19 anos) como consequência de violência

Fonte: Ministério da Saúde, manual do SIAB, 1998

Os indicadores mais importantes gerados são consolidados mensalmente, sendo o município o principal responsável por essa consolidação, bem como pela coordenação do programa. Em relação aos relatórios que o SIAB emite, estes dependem da inclusão dos consolidados que foram discriminados anteriormente, quais sejam, A4, SSA2 e PMA2. Desta forma o SIAB tanto no nível municipal como no estadual possibilita a emissão dos seguintes relatórios:

QUADRO 5 – MODALIDADES de RELATÓRIOS do SIAB

<p>1- Série Histórica das Informações Disponibiliza dados dentro de um mesmo ano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mortalidade/crianças/gestantes/grupos/hospitalizações; <input type="checkbox"/> Mortalidade <input type="checkbox"/> Acompanhamento de crianças e gestantes <input type="checkbox"/> Acompanhamento de grupos <input type="checkbox"/> Hospitalizações <input type="checkbox"/> Marcadores <input type="checkbox"/> Produção
<p>2 - Consolidado das Famílias e de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cadastro familiar <input type="checkbox"/> Abastecimento / tratamento de água <input type="checkbox"/> Tipo de casa e energia elétrica <input type="checkbox"/> Destino do lixo / fezes e urina <input type="checkbox"/> Crianças na escola e Alfabetizados <input type="checkbox"/> Meios de comunicação / transporte <input type="checkbox"/> Outras informações do cadastro <input type="checkbox"/> Nascimentos e óbitos <input type="checkbox"/> Crianças menores de 1 ano <input type="checkbox"/> Gestantes
<p>3 -Relação do Percentual dos Indicadores 4- Busca ativa de doenças / crianças / pessoas 5- Relação das Famílias por microárea 6- Relação de envio de Dados das microáreas 7- Relação dos Profissionais</p>	

Fonte: Ministério da Saúde, SIAB, 2001

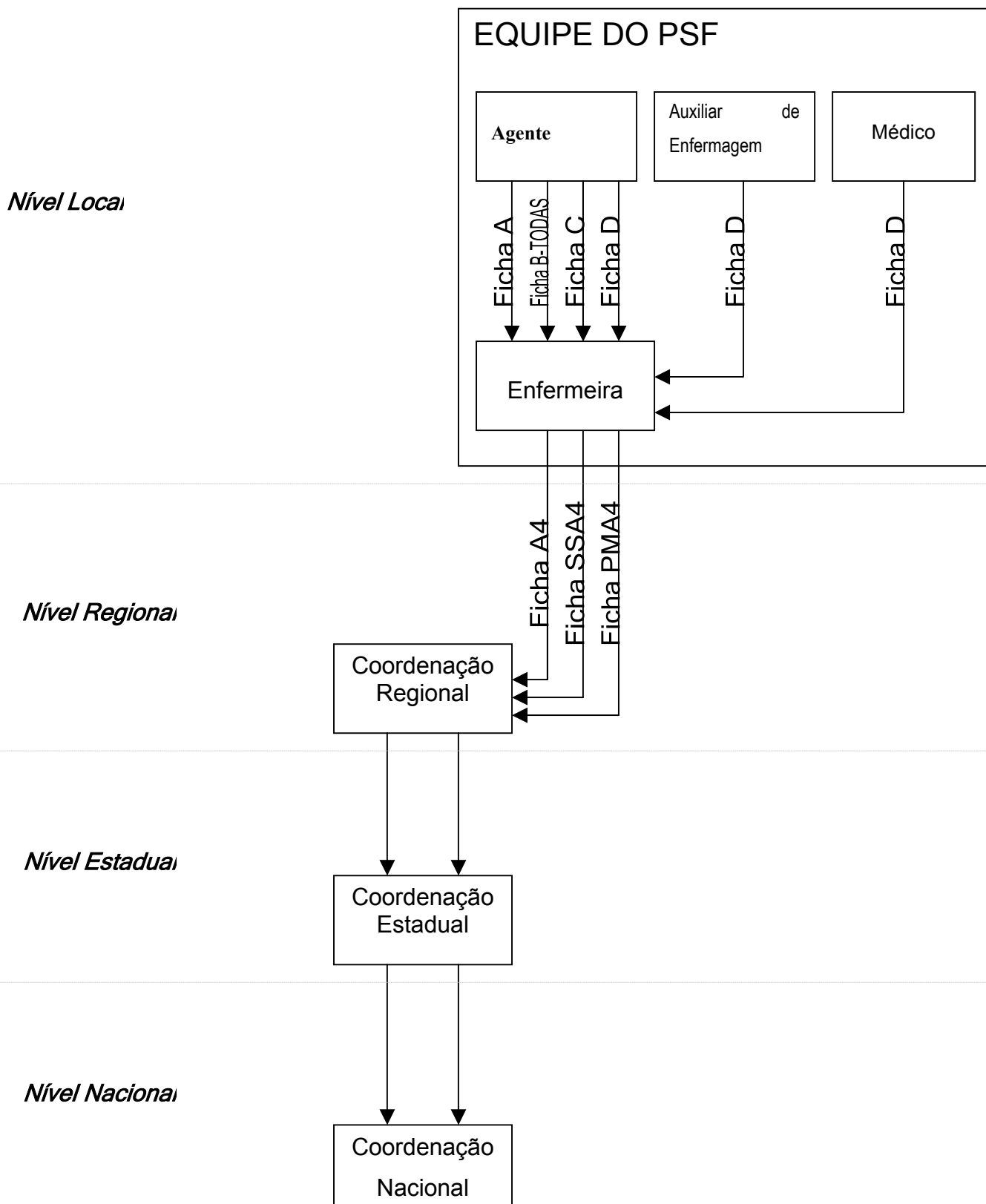
Para a emissão de todos esses relatórios listados acima, a seleção poderá ser feita segundo o modelo de atenção (PSF, PACS ou outros similares), localização (microárea, área, segmento ou município) para a análise do nível municipal.

Essas mesmas opções estão disponíveis para município, região ou estado para a análise do nível estadual. Tais relatórios deverão ser selecionados determinando-se o período dentro de um mesmo ano.

Todos os dados uma vez registrados e consolidados pelas equipes são encaminhados à coordenação municipal do PSF que realiza a informatização das fichas *A4*, *SSA4* e *PMA4* e as envia para as coordenações regionais se houver. No caso do estado do Rio de Janeiro essa instância administrativa não existe, dessa forma, os dados são remetidos diretamente para a coordenação estadual. As coordenações estaduais realizam a consolidação de todos os municípios com PSF implantado e os encaminha para o DATASUS, que alimenta a base Nacional. Podemos representar este fluxo de dados através do seguinte fluxograma:

Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Fluxograma de Dados do SIAB



Segundo, Medina; Aquino; Carvalho. (2000:15-28)) “O Sistema de Informação da Atenção Básica é um sistema de informação territorializado que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas. Os níveis de agregação dos dados coletados são a microárea de atuação do agente comunitário de saúde, um território onde residem de 150 a 250 famílias, a área de atuação das equipes de saúde da família, correspondendo a um território onde residem de 600 a 1000 famílias, segmento, município, estado , regiões e país”.

c) Normatização

Tendo em vista regulamentar a implantação e operacionalização dos Programas de Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família, o Ministério da Saúde através da Portaria n.º 1886/GM de 18 de dezembro de 1997 aprova as Normas e Diretrizes que passam a orientar os referidos programas. Dispõe em seu Anexo II sobre os níveis de responsabilidade de cada esfera de governo.

Em relação ao sistema de informação, as responsabilidades, são hierarquicamente definidas.

Ministério da Saúde:

- Disponibilizar o Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família;
- Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação;
- Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos;
- Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

Secretarias de Estado de Saúde:

- Assessorar os municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de Saúde da Família;
- Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional;
- Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

Secretarias Municipais de Saúde:

- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde;
- Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.
- Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação, aos conselhos locais e municipais de saúde.

A Portaria n.º 1886/GM estabelece também algumas diretrizes operacionais. A não alimentação do Sistema de Informação por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados durante um ano, implicará na suspensão do cadastramento do programa. Da mesma forma, o não cumprimento das normas

e diretrizes do programa implicará na suspensão da alocação de recursos federais para o seu financiamento.

Já a Portaria GM/Nº157 de 19/02/98, estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios aos incentivos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Em relação ao sistema de informação determina que: “.....Os municípios que já têm os programas ou que venham implantá-los terão prazo até 30 de junho de 1998 para a instalação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. A partir dessa data a falta de alimentação do banco de dados desse sistema de informação, por período de 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados durante o ano, implicará na suspensão da transferência dos recursos do incentivo”.

A normatização efetiva dos dados que obrigatoriamente seriam utilizados para alimentação do SIAB são: (i) dados cadastrais dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família, (ii) dados cadastrais das famílias acompanhadas pelos PACS e PSF, (iii) dados constantes das fichas SSA4 e PMA4 do SIAB, são estabelecidos na Portaria n.º 82/SAS de 07 de julho de 1998. A referida portaria determina que as transferências dos dados pelas Secretarias Estaduais de Saúde para o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, seja por via magnética até o dia 15 de cada mês e ainda que o DATASUS alimentará a base nacional do SIAB remetendo um recibo de entrada dos dados na base nacional do SIAB para as SES.

A Portaria 3.925 de 13 de novembro de 1998, aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, que em seu artigo 4º Definiu os indicadores de acompanhamento da atenção básica para o ano de 1999. (ANEXO II)

A NOB 01/96 já evidenciava que a programação pactuada integrada era um instrumento essencial para a reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS, de alocação de recursos e de explicitação do pacto entre as três esferas de governo. A integração entre gestores municipais, através do processo de

programação pactuada integrada, destaca a responsabilidade do gestor municipal na garantia de acesso aos serviços de saúde à população residente no município.

A primeira iniciativa de avaliação da Atenção Básica foi normatizada pela Portaria GM/MS n.º 3.925, de 13/11/98, que instituiu o Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde. Com a Portaria GM/MS n.º 832, de 28 de junho de 1999, são estabelecidos os indicadores de avaliação, que sofreram alterações após a realização da Oficina de Avaliação do Pacto da Atenção Básica. Seguindo as recomendações desta oficina, o conjunto de indicadores é ampliado, através da Portaria n.º 779 de 14/07/2000, com a seguinte descrição:

1. *Percentual da população coberta pelo Programa*
2. *Percentual de equipes com informação completa no período (informando todos os meses)*
3. *Percentual de crianças menores de 1 ano com o esquema vacinal básico em dia*
4. *Percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo*
5. *Prevalência de desnutrição em menores de 2 anos*
6. *Percentual de cobertura de pré-natal (consulta médica/enfermagem)*
7. *Taxa de hospitalização por pneumonia em menores de 5 anos*
8. *Taxa de hospitalização por diarreia em menores de 5 anos*
9. *Taxa de mortalidade infantil por diarreia*
10. *Visitação domiciliar do ACS por família cadastrada*

Também em 2.000, mais uma portaria ministerial é publicada (1.013 de 08/09/2000) com o objetivo de operacionalizar a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e de efetivar parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a implementação dos Programas PACS e PSF. Esta Portaria, em relação ao SIAB, estabelece:

Primeiro, que o cadastro de profissionais do SIAB gerará os dados físicos de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde para o cálculo dos incentivos financeiros aos programas PSF e PACS, e deverá ser atualizado mensalmente. Segundo, que o cadastro das famílias do SIAB fornecerá a cobertura populacional do PSF nos municípios, base para a definição do valor do incentivo por faixa de cobertura. Terceiro, determinar que o cadastramento familiar no SIAB apresente no mínimo as seguintes proporções em relação às famílias acompanhadas: (a) 40% das famílias acompanhadas até 1º de outubro deverão estar cadastradas no SIAB; (b) 80% das famílias acompanhadas até 1º de dezembro deverão estar cadastradas no SIAB; (c), 100% das famílias acompanhadas até 1º de fevereiro de 2001 deverão estar cadastradas no SIAB. Estabelece, também, que é obrigatória a alimentação mensal dos dados das fichas SSA4 e PMA4 do SIAB. E ainda, que os municípios que não cumprirem com o estabelecido em portaria poderão ter os recursos do Piso de Atenção Básica bloqueados até regularizarem sua situação frente ao sistema.

A reorganização da atenção básica em saúde, implementada pelo Programa de Saúde da Família, vem sendo monitorada por metas estabelecidas a partir de indicadores de morbi-mortalidade e produção de serviços. Tal monitoramento, utiliza tanto o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, como os sistemas de informação que lhe antecederam (Hartz,2000:29).

As inúmeras publicações de Portarias Ministeriais que estabelecem obrigatoriedade na utilização do SIAB pelos municípios com a implantação da estratégia de saúde da família, demonstram o empenho do Ministério da Saúde em transformar a cultura do processo gerencial do nível local no que se refere a utilização da informação para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, bem como fornecer o apoio logístico para que o SIAB se torne viável em cada Unidade da Federação. O Ministério assume ainda a responsabilidade de continuar prestando apoio a estados e municípios e de consolidar os dados e divulgá-los para todo o país.

CAPÍTULO III

UTILIZAÇÃO DO SIAB NO PSF

Desde 1994, quando começou sua implantação, o Programa de Saúde da Família vem crescendo rapidamente. No primeiro trimestre de 2001, o PSF já alcançava 58,73% dos 5561 municípios brasileiros (3.266) com 11.772 equipes, cobrindo cerca de 24% da população brasileira.

TABELA 1 - COBERTURA DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO GRANDES REGIÕES E BRASIL. MARÇO 2001

UF	N.º DE MUNICÍPIOS			POPULAÇÃO			
	TOTAL	COM ESF	%	TOTAL(1)	ACOMPANHADA (2)	%	N.º ESF (3)
AC	22	16	72,73%	555.882	317.400	57,10%	92
AM	62	38	61,29%	2.701.957	317.400	11,75%	92
AP	16	2	12,50%	477.909	79.350	16,60%	23
PA	143	66	46,15%	6.123.870	862.500	14,08%	250
RO	52	50	96,15%	1.338.479	596.850	44,59%	173
RR	15	8	53,33%	279.431	317.400	113,59%	92
TO	139	103	74,10%	1.189.416	738.300	62,07%	214
NORTE	449	283	63,03%	12.666.944	3.229.200	25,49%	936
AL	102	101	99,02%	2.763.684	1.859.550	67,29%	539
BA	417	94	22,54%	13.278.253	1.497.300	11,28%	434
CE	184	183	99,46%	7.294.216	3.670.800	50,32%	1.064
MA	217	60	27,65%	5.542.103	700.350	12,64%	203
PB	223	185	82,96%	3.419.851	1.835.400	53,67%	532
PE	185	150	81,08%	7.695.674	2.884.200	37,48%	836
PI	222	211	95,05%	2.772.694	2.428.800	87,60%	704
RN	167	103	61,68%	2.715.081	914.250	33,67%	265
SE	75	64	85,33%	1.768.796	1.252.350	70,80%	363
NORDESTE	1.792	1.151	64,23%	47.250.352	17.043.000	36,07%	4.940
DF	1	1	100,00%	2.063.368	586.500	28,42%	170
GO	246	162	65,85%	5.059.121	2.070.000	40,92%	600
MS	77	39	50,65%	2.089.030	317.400	15,19%	92
MT	139	95	68,35%	2.463.862	893.550	36,27%	259
C. OESTE	463	297	64,15%	11.675.381	3.867.450	33,12%	1.121
ES	78	55	70,51%	3.023.619	1.066.050	35,26%	309
MG	853	560	65,65%	17.689.658	5.195.700	29,37%	1.506
RJ	92	61	66,30%	14.060.813	1.524.900	10,85%	442
SP	645	350	54,26%	36.888.679	3.884.700	10,53%	1.126
SUDESTE	1.668	1026	61,51%	71.662.769	11.671.350	16,29%	3.383
PR	399	230	57,64%	9.610.597	2.446.050	25,45%	709
RS	497	116	23,34%	10.183.172	810.750	7,96%	235
SC	293	163	55,63%	5.239.533	1.545.600	29,50%	448
SUL	1.189	509	42,81%	25.033.302	4.802.400	19,18%	1.392
TOTAL	5.561	3.266	58,73%	168.288.748	40.613.400	24,13%	11.772

FONTE: CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento- 1) População IBGE- 1999 2) Estimativa- base de cálculo 3450 pessoas por ESF 3) Equipes de Saúde da Família

Para o cálculo da cobertura da população pelo PSF estima-se que cada equipe tenha sob sua responsabilidade o quantitativo de 3.450 pessoas o que representaria até 1.000 famílias/equipe. Pode-se observar na Tabela 1 que o programa de saúde da família apesar de estar implantado em 60% dos municípios brasileiros, possui ainda uma baixa cobertura populacional (24%) . Sendo as Regiões Nordeste e Centro-Oeste as que se destacam com cobertura de 36% e 33% respectivamente. Já na Região Sudeste a situação é outra, os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo participam com aproximadamente 10% da população coberta pelo programa sendo essa Região a de menor cobertura populacional (16%) em relação as outras do país. Este programa vem provocando profundas alterações na condução e implementação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis de governo, além de modificar os padrões de consumo de serviços de saúde reorientando a demanda nos locais onde se encontra implantado. Em particular, o PSF é considerado como um instrumento da reforma que vem sendo efetuada no interior da política sanitária brasileira. Segundo Vianna (2.000), o PSF atua de forma simultânea no modelo de prestação de serviços e ações de saúde (modelo assistencial), de organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde.

Quanto ao alcance do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), sua implantação cobre todos os municípios brasileiros com PSF implantado. A Tabela 2 mostra a situação de cobertura dos estados brasileiros e a média de pessoas por família de acordo com as informações fornecidas pelo SIAB no nível nacional.

TABELA 2- FAMÍLIAS ESTIMADAS , CADASTRADAS E PESSOAS CADASTRADAS PELO SIAB SEGUNDO GRANDES REGIÕES E BRASIL MARÇO 2001

UF/ REGIÃO	FAMÍLIAS ESTIMADAS	FAMÍLIAS CADASTRADAS FICHA A	PESSOAS CADASTRADAS FICHA A	MÉDIA DE PESSOAS POR FAMÍLIA
AC	93.336	37.400	148.590	3,97
AM	328.184	38.087	188.229	4,94
AP	0	14.806	60.211	4,07
PA	181.117	93.352	429.134	4,60
RO	109.172	44.916	178.951	3,98
RR	63.789	10.412	41.377	3,97
TO	0	129.528	496.648	3,83
NORTE	778.261	368.501	1.543.140	4,19
AL	289.850	333.515	1.462.265	4,38
BA	1.657.148	175.339	729.426	4,16
CE	980.657	923.109	3.812.339	4,13
MA	1.474.046	127.995	558.709	4,37
PB	37.194	195.573	769.242	3,93
PE	628.259	521.269	2.103.511	4,04
PI	78.078	247.148	992.227	4,01
RN	119.301	108.309	439.750	4,06
SE	382.785	187.944	776.816	4,13
NORDESTE	5.647.318	2.820.201	11.644.285	4,13
DF	0	1.640	6.566	4,00
GO	640.758	249.796	900.757	3,61
MS	214.368	40.151	149.763	3,73
MT	133.917	101.219	386.522	3,82
C. OESTE	989.043	392.806	1.443.608	3,68
ES	115.856	122.225	451.982	3,70
MG	1.728.979	986.184	3.892.964	3,95
RJ	4.109.456	213.703	773.785	3,62
SP	1.583.834	701.657	2.652.927	3,78
SUDESTE	7.538.125	2.023.769	7.771.658	3,84
PR	2.069.257	421.254	1.532.177	3,64
RS	845.153	157.611	568.794	3,61
SC	632.928	291.573	1.072.764	3,68
SUL	3.547.338	870.438	3.173.735	3,65
TOTAL	18.500.085	6.475.715	25.576.426	3,95

Fonte: DATASUS – Relatório de Controle de Cadastro de Famílias- Março 2001 - SIAB

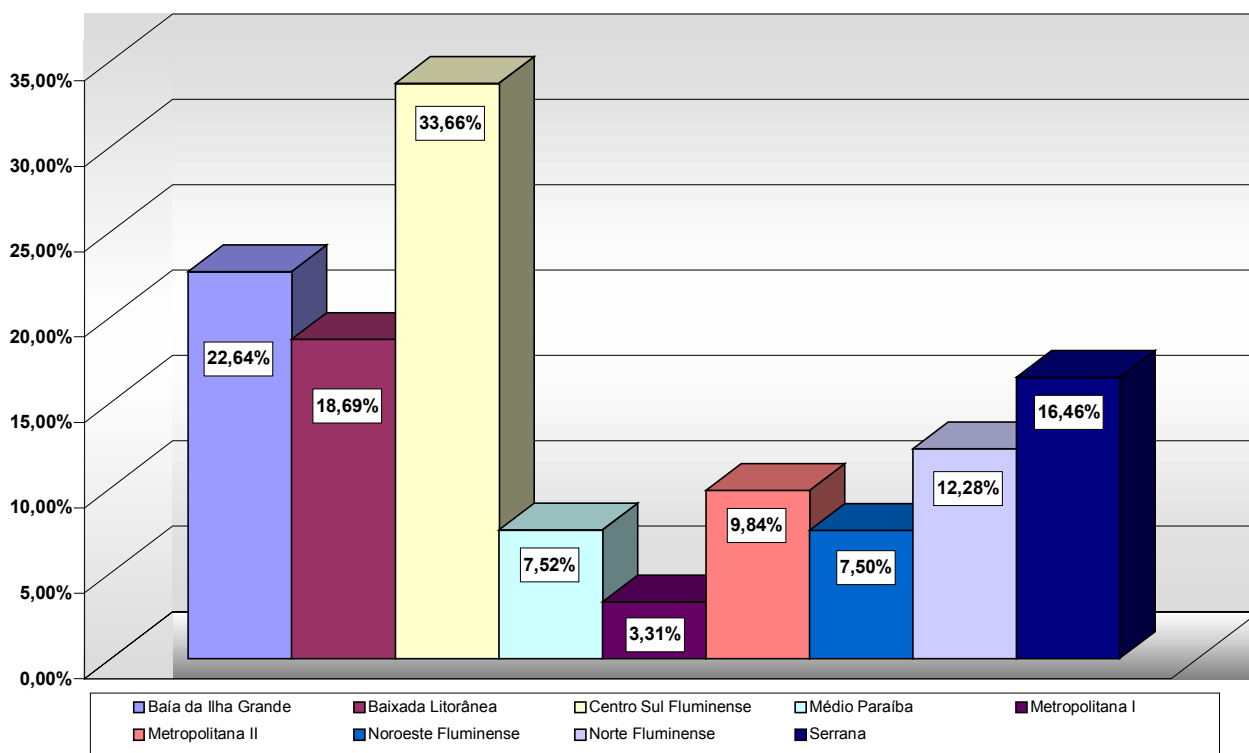
(1) Estimativa considerando que cada equipe acompanha 3.450 pessoas

(2) Informação da informatização da Ficha A – cadastramento familiar

O SIAB no PSF – a situação do estado do Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro possui a maior rede de serviços públicos do País, dentre eles os serviços de saúde, constituindo-se na maior capacidade pública instalada, tanto de ambulatórios como de hospitais. A rede hospitalar, que integra o SUS, é composta por 121 estabelecimentos; destes, 57 unidades, de diversos níveis de complexidade, pertencem à rede pública. No estado se concentra a maioria das unidades hospitalares do ex-INAMPS. Dos 41 hospitais de todo o Brasil, 16 estão no Estado do Rio de Janeiro, sendo que 12 (29,2%) na capital. O Rio de Janeiro está subdividido em nove regiões administrativas com um índice de cobertura do Programa de Saúde da Família representado pelo Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - ÍNDICES REAIS DE COBERTURA DO PSF NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.



Fonte: Coordenação Saúde da Família/SES/RJ – Março 2001

A região Metropolitana do Rio de Janeiro é dividida em Região Metropolitana I e II composta por 17 municípios , concentrando uma população de quase 11 milhões de habitantes. Destes, 13 municípios estão com pelo menos uma unidade de PSF implantada. Isso representa 172 equipes em funcionamento com cerca de 244 profissionais (médicos e enfermeiros) em atuação. Comparado ao total do estado, 43% das equipes de PSF estão nessa região, com cobertura de apenas 9,36 % da população na Metropolitana II e 2,67% na Metropolitana I.

A região Noroeste é composta por 13 municípios e concentra uma população de 297.512. Esta região conta com apenas 9 equipes de PSF localizadas em 3 municípios com cobertura de 7,32% da população.

Já a região Norte do estado é composta por 9 municípios e concentra uma população de 696.756. Esta região conta com 38 equipes de PSF localizadas em 6 municípios, sendo que 57% delas estão no município de Campos, que apresenta uma cobertura de 18,7% da população. Destaca-se ainda o município de Carapebus, com 100% da população coberta. Considerando a região como um todo, a cobertura populacional pelo PSF é de 18,7%.

A região Serrana, composta por 15 municípios concentra uma população de 788.816. Nessa região existem 56 equipes de PSF distribuídas por 10 municípios com cobertura em torno dos 17% da população total da região.

A região da Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro é constituída por 12 municípios e concentra uma população de 560.262 Existem 41 equipes de PSF cobrindo cerca de 18% da população total.

A região do Médio Paraíba é formada por 12 municípios e concentra uma população de 786.470. Esta região conta com apenas 27 equipes de PSF (em mais de 50% dos municípios) com cobertura de apenas 8,26% da população.

A região Centro-Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro é composta por 10 municípios e concentra uma população de 254.575. Com exceção de Sapucaia e

Mendes, todos os demais municípios da Região contam com pelo menos uma equipe de PSF, destacando-se Paraíba do Sul com 10 unidades em funcionamento e cobertura de 100% da população, de acordo com os dados populacionais disponíveis. Isso representa, no total, 43 equipes em funcionamento. Comparado ao total do estado, 11% das equipes de PSF estão nessa região, com cobertura em torno de 41% da população.

A Região da Baía de Ilha Grande, composta por apenas dois municípios Angra dos Reis e Parati, só Angra dos Reis conta com equipes de PSF com cobertura de 19,35% da população.

O Ministério da **Saúde** através da Portaria n.º 1329, define o valor do incentivo pago aos municípios de acordo com a faixa de cobertura populacional como é demonstrado no Quadro 6.

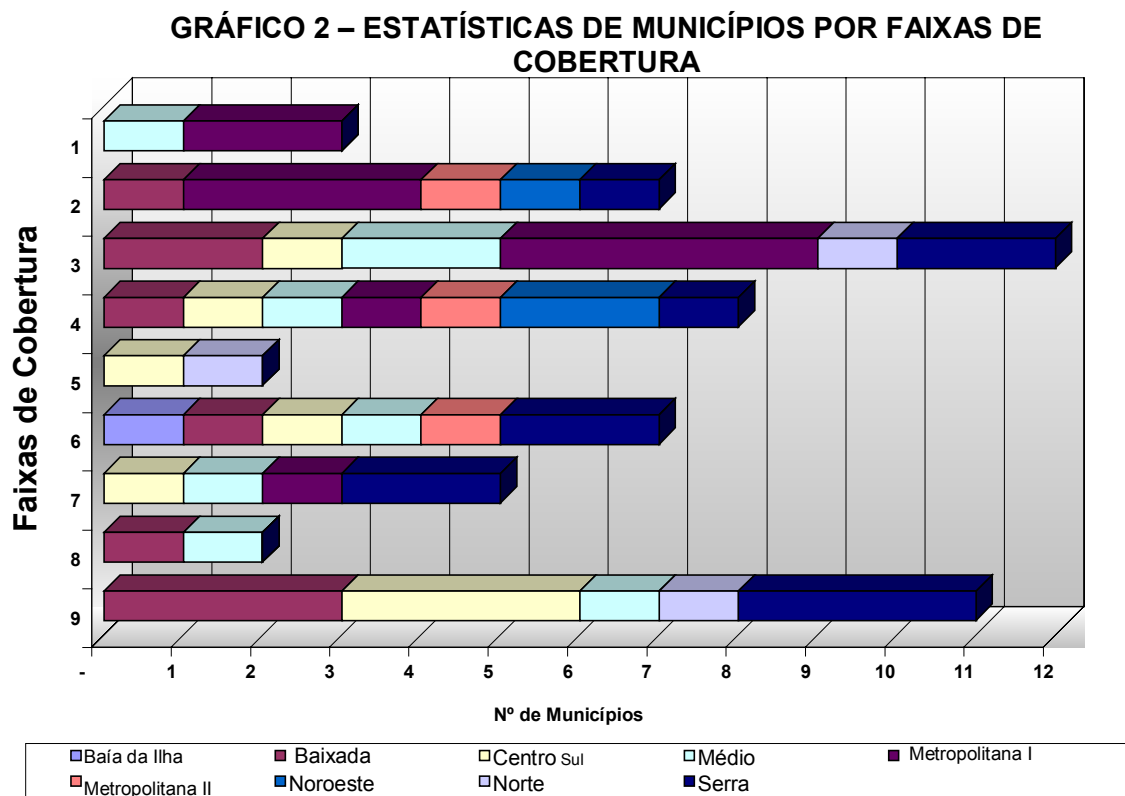
Q ADRO 6 – FAIXA DE COBERTURA POPULACIONAL E VALORES DO INCENTIVO FINANCEIRO POR EQUIPE

Classificação das faixas de cobertura	Faixas de cobertura populacional (%)			Valor do Incentivo / equipe / ano	Valor do Incentivo / equipe / mês (12 meses)
		a			
1	0,0%	a	4,9%	R\$ 28.008,00	R\$ 2.334,00
2	5,0%	a	9,9%	R\$ 30.684,00	R\$ 2.557,00
3	10,0%	a	19,9%	R\$ 33.360,00	R\$ 2.780,00
4	20,0%	a	29,9%	R\$ 38.520,00	R\$ 3.210,00
5	30,0%	a	39,9%	R\$ 41.220,00	R\$ 3.435,00
6	40,0%	a	49,9%	R\$ 44.100,00	R\$ 3.675,00
7	50,0%	a	59,9%	R\$ 47.160,00	R\$ 3.930,00
8	60,0%	a	69,9%	R\$ 50.472,00	R\$ 4.206,00
9	70,0%	a	100,0%	R\$ 54.000,00	R\$ 4.500,00

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria nº 1,329/GM, de 12 de novembro de 1999.

Pode-se observar pelo Gráfico 2 que no estado do Rio de Janeiro dos 55 municípios com PSF implantado, 11 (20%) municípios estão na faixa de 70 a

100% de cobertura populacional. Sendo 4 municípios nas regiões serrana e 4 na Centro Sul Fluminense.



Fonte: Coordenação PACS/PSF/SES/RJ

A Coordenação Estadual do PSF/PACS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, é composta por médicos e enfermeiros que fazem a supervisão dos municípios com os programas PACS e PSF implantados e por um analista de sistemas que fica responsável pela obtenção, consolidação e envio dos dados do SIAB encaminhados pelos municípios para o DATASUS. Uma vez consolidados a base de dados estadual, a coordenação remete ao DATASUS que consolida os dados de todos os estados brasileiros e atualiza a base nacional.

De um modo geral, a assessoria da coordenação estadual aos municípios é realizada predominantemente com os seguintes objetivos: implantação do SIAB; treinamento das equipes de Saúde da Família para sua utilização e elaboração do projeto de implantação do PSF.

Em relação aos treinamentos para a implantação e operacionalização do SIAB das equipes de saúde da família, os municípios com o Programa implantado até 1998, receberam treinamento diretamente do DATASUS e a partir de 1999, os supervisores da coordenação estadual responsáveis por cada região do estado treinaram as equipes dos municípios para o preenchimento das fichas e análise dos dados e o analista de sistemas para a operação do *software*.

O SIAB também é discutido nos treinamentos introdutórios realizados pelo Pólo de Capacitação e Educação Permanente do Programa de Saúde da Família do estado do Rio de Janeiro para as equipes dos municípios, sendo que o enfoque deste treinamento é dirigido para a importância da coleta dos dados, do reconhecimento de algumas fichas de coleta e para a utilização da informação como instrumento de planejamento das ações das equipes. É importante lembrar que as informações fornecidas pelo SIAB subsidiam os técnicos da equipe da coordenação estadual para a realização das visitas de supervisão.

Nos municípios, cada equipe do PSF é responsável pela coleta e consolidação dos dados de sua área de abrangência. A digitação dos dados, na grande maioria, é centralizada no setor onde os outros sistemas de informação são processados, e é realizada por pessoa que geralmente não faz parte das equipes do PSF. Os supervisores identificam que existe uma dificuldade de análise das informações por parte das equipes, uma vez que essas informações são encaminhados para a coordenação municipal não retornando para às equipes que as consolidaram. Somente as fichas preenchidas, uma vez digitadas, é que retornam para as equipes. Este fluxo da informação do SIAB é realidade na maioria dos municípios, indicando uma dificuldade para análise, já que tanto as equipes como a

coordenação local dos municípios, só analisam os dados fornecidos pelo SIAB por ocasião das visitas de supervisão.

A coordenação estadual do PSF ao receber os dados municipais, realiza uma checagem nos arquivos para a compatibilização da base. A conferência é basicamente para checar a versão que o município utilizou, se os cadastros dos profissionais estão preenchidos e se os arquivos do sistema foram copiados de forma correta. O município que não envia as informações por dois meses consecutivos ou em três meses alternados têm como punição a suspensão do incentivo ao Programa.

Foram construídas algumas tabelas que julgamos importantes para este estudo. Tal consolidação obedeceu o seguinte critério: as que apresentam as informações em cada região de saúde denominadas consolidadas por região e outras agregando dados de todo o estado denominadas consolidadas no Estado do Rio de Janeiro.

1. Consolidadas por região

- Acompanhamento da Meta de 100% do cadastramento ficha A
- Percentual de Famílias Assistidas por Região
- Condições de Moradia dos Domicílios por Região/RJ
- Percentual de Acompanhamento das Pessoas Cadastradas de acordo com os grupos (diabetes, hipertensos, tuberculose e hanseníase)

2. Consolidadas no estado do Rio de Janeiro

- Condição de alfabetização
- Crianças de 7 a 14 anos que frequentam a escola
- Distribuição da população cadastrada no SIAB por sexo e faixa etária
- Gestantes Cadastradas, Acompanhadas e gestantes menores de 20 anos

- Crianças menores de 2 anos segundo situação vacinal e nutrição

Informações do SIAB consolidadas por região de saúde

De acordo com Portaria Ministerial n.º 1013, os municípios brasileiros com o PSF implantado têm o prazo até o mês de fevereiro de 2001 para estar com **100% das famílias acompanhadas cadastradas no SIAB.** (Ficha A) .Os municípios que não cumprirem com o estabelecido poderão, segundo a Portaria, ter os recursos do Piso de Atenção Básica bloqueados até regularizarem sua situação frente ao sistema.

TABELA 3 – ACOMPANHAMENTO DA META DE 100% DO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS POR REGIÕES DE SAÚDE - RJ

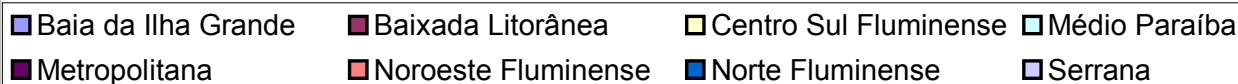
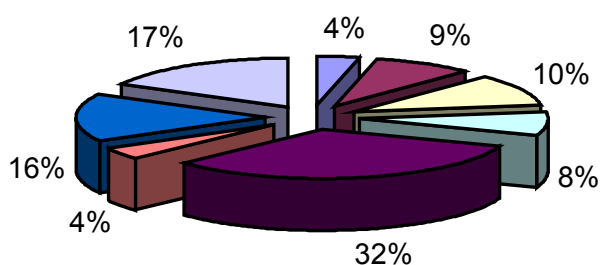
REGIÕES DE SAÚDE RJ	FAMÍLIAS ESTIMADAS	FAMÍLIAS CADASTRADAS FICHA A	FAMÍLIAS ACOMPANHADAS SSA2	META %
Baía da Ilha Grande	27.666	7.959	7.959	100,00
Baixada Litorânea	70.426	19.809	19.809	100,00
Centro Sul Fluminense	55.416	13.578	23.656	54,00
Médio Paraíba	156.646	16.558	17.659	94,00
Metropolitana	3.514.991	68.122	73.814	92,00
Noroeste Fluminense	32.114	8.230	8.783	94,00
Norte Fluminense	32.887	32.685	36.219	90,00
Serrana	151.775	36.684	38.852	94,00
Total	4.041.921	214.760	226.166	95,00

Fonte; Coordenação Estadual PSF/PACS-SES/RJ – SIAB, março 2001

A Tabela 3 mostra que apenas as regiões Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea alcançaram a meta de cadastrar 100% das famílias acompanhadas

pelas equipes do PSF , informadas pela ficha SSA2. A região em pior situação é a Centro Sul que apresenta somente 54% de cadastramento.

GRÁFICO 3 - FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELO PSF POR REGIÕES DE SAÚDE



Fonte: SIAB/SES/RJ - Março 2001

O Gráfico 3 foi construído a partir das informações constantes do relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias do município SSA4 emitido pelo SIAB módulo estadual. Este módulo do sistema fornece informações agregadas por região. Pode-se observar que a região com o maior número de famílias assistidas pelo programa é a Metropolitana⁹. Em seguida, vem a Região

⁹ A Região Metropolitana é composta por 17 municípios: Belford Roxo, D. Caxias, Itaguaí, Japeri, Mangaratiba, Nilópolis, N. Iguaçú, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, S.J de Meriti, Seropédica,

Itaboraí, Magé, Maricá, Niterói, Tanguá

Serrana¹⁰ com 17% das famílias acompanhadas pelo programa de saúde da família e cadastradas no SIAB. Esta Região tem informação de 36.684 famílias e 129.163 pessoas cadastradas, o que significa uma média de 3,5 pessoas por família.

Do relatório consolidado das famílias cadastradas (informações da Ficha A) para as regiões do estado, selecionamos as seguintes informações sobre condições de moradia.

TABELA 4 – TRATAMENTO E ABASTECIMENTO DE ÁGUA E DESTINO DE FEZES/URINA NOS DOMICÍLIOS SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE - RJ

REGIÕES DE SAÚDE - RJ	TRATAMENTO DE ÁGUA				ABASTECIMENTO DE ÁGUA			DESTINO FEZES/URINA		
	Filtração	Fervura	Cloração	Sem Tratamento	Rede Pública	Poço ou Nascente	Outros	Sistema de	Fossa	Céu Aberto
Metropolitana.	58%	4%	7%	31%	71%	26%	3%	59%	28%	13%
Noroeste Fluminense	79%	1%	11%	9%	97%	2%	1%	94%	4%	2%
Norte Fluminense	67%	3%	6%	24%	76%	23%	1%	37%	55%	8%
Serrana	46%	2%	15%	37%	47%	52%	1%	49%	35%	16%
Baixada Litorânea	61%	4%	13%	22%	46%	44%	10%	31%	60%	9%
Médio Paraíba	74%	2%	9%	15%	82%	17%	1%	81%	7%	12%
Centro Sul Fluminense	55%	2%	23%	20%	70%	28%	2%	64%	24%	12%
Baía da Ilha Grande	56%	4%	12%	29%	79%	21%	0%	2%	55%	44%

Fonte: SIAB/SES/RJ- Março 2001

¹⁰ A Região Serrana é formada por 15 municípios: Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco Nova Friburgo, Petrópolis, S M Madalena, SJV Rio Preto, S. Sebastião. Alto Sumidouro Teresópolis Trajano. Morais

Sendo que somente dez municípios com equipes do PSF implantado

A Tabela 4 foi construída a partir dos dados de cadastramento das famílias (Ficha A). Podemos perceber que ainda é grande o percentual de domicílios sem nenhum tratamento de água, 31% para a Região Metropolitana, 37% para a Serrana e 29% para a Baía da Ilha Grande. No que se refere ao abastecimento de água, as Regiões Serrana e Baixada Litorânea, menos de 50% dos domicílios contam com abastecimento de água da Rede Pública. A situação da rede de esgotos na Região da Baía da Ilha Grande é precária, com 44% dos domicílios sem nenhum tratamento de esgoto. Esta região é composta por apenas dois municípios, sendo esses dados referentes ao município de Angra dos Reis, já que no município de Parati não existem equipes de PSF implantadas.

Em relação às informações de acompanhamentos de grupos podemos observar na Tabela 5 que, em sua maioria, as equipes não conseguem acompanhar todo o quantitativo de pessoas cadastradas. Para o grupo de hipertensos o percentual de acompanhamento fica em torno de 90%.

TABELA 5 – ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS POR GRUPOS SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE - RJ

REGIÃO	DIABÉTICOS		HIPERTENSOS		TUBERCULOSE		HANSENÍASE	
	Cadastrado	Acompanhado	Cadastrado	Acompanhado	Cadastrado	Acompanhado	Cadastrado	Acompanhado
Metropolitana	4.641	93,0	19.703	91,0	203	94,0	140	96,0
Noroeste Fluminense	477	95,0	2.969	99,0	6	100,00	6	100,00
Norte Fluminense	2.974	86,0	12.638	86,0	30	97,0	45	96,0
Serrana	2.583	90,0	12.284	88,0	24	96,0	21	81,0
Baixada Litorânea	1.472	93,0	5.657	91,0	16	100,0	37	92,0
Médio Paraíba	1.135	93,0	6.047	90,0	23	100,0	16	94,0
Centro Sul Fluminense	1.813	95,0	7.947	94,0	29	100,0	5	100,0
Baía da Ilha Grande	386	93,0	2.327	88,0	12	100,0	8	88,0

Fonte: SIAB/SES/RJ - Março 2001

Informações Consolidadas do SIAB no estado do Rio de Janeiro

O SIAB fornece também informações gerais de pessoas com 15 anos ou mais na condição de alfabetizadas ou não e, para a faixa etária de 7 a 14 anos, que estão na escola. Para o Estado do Rio de Janeiro temos que de todas as crianças de 7 a 14 anos cadastrados 95% estão freqüentando a escola e que 90% com 15 anos ou mais são alfabetizadas. Uma outra informação, refere-se a cobertura de plano de saúde, estando, 7% cobertas por algum tipo de plano.

TABELA 6- DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO COBERTA PELO PSF POR SEXO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA – RJ

Faixa Etária	Sexo		TOTAL
	M	F	
< 1 ANO	3.737	3.624	7.361
1 A 4 ANOS	33.089	32.226	65.315
5 A 9 ANOS	17.226	16592	33.818
10 A 14 ANOS	23.391	22.908	46.299
15 A 19 ANOS	37.906	37.158	75.064
20 A 29 ANOS	37.323	39.181	76.504
31 A 39 ANOS	123.802	132.486	256.288
40 A 49 ANOS	43.731	47.253	90.984
50 A 59 ANOS	27.425	30.209	57.634
60 A 69 ANOS	29.242	35.709	64.951
TOTAL	376.872	397346	774.218

Fonte: SIAB/SES/RJ – Março 2001

Na distribuição por sexo da população cadastrada no SIAB verifica-se que 51% são do sexo feminino. Observa-se também, que 64% da população está na faixa etária entre 15 a 49 anos de idade, o que a caracteriza como população jovem.

Das informações consolidadas no estado, selecionamos ainda, no que se refere as gestantes cadastradas, àquelas menores de 20 anos e as efetivamente acompanhadas pelas equipes PSF, conforme Tabela 7.

TABELA 7 – GESTANTES ACOMPANHADAS E GESTANTES MENORES DE 20 ANOS COBERTAS PELO PSF - RJ

Gestantes	Quantidade	Percentual
Cadastradas	4.972	100,0
Acompanhadas	4.778	96,00
< 20 anos	1243	25,00

Fonte: SIAB/SES/RJ – Março 2001

O SIAB permite ainda analisar a cobertura vacinal das gestantes por toxóide tetânico, as que iniciaram o pré natal no início do primeiro trimestre da gestação e aquelas que se encontram freqüentando as consultas regularmente.

Em relação a crianças menores de 2 anos temos informações no Estado do Rio de Janeiro referentes ao estado nutricional e imunização, conforme Tabela 8.

**TABELA 8 – CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS COM VACINA EM DIA,
PESADAS E DESNUTRIDAS COBERTAS PELO PSF - RJ**

Crianças	Quantidade	Percentual
< 2 anos	29.502	100,00
Com vacinas em dia	27.418	93,00
Pesadas	23.663	80,00
Desnutridas	1.149	4,00

Fonte: SIAB/SES/RJ – Março 2001

Podemos identificar que a obrigatoriedade de utilização e alimentação do SIAB nos municípios com PSF implantado, constitui-se um avanço no processo de informatização do setor saúde, mesmo que, ainda atrelada ao repasse de recursos financeiros. Esta obrigatoriedade introduz uma prática na utilização da informação como instrumento para avaliação e planejamento da atenção básica em relação aos indicadores pactuados na PPI.

Por outro lado, identificamos também que a maioria dos municípios não conseguem promover uma discussão entre equipe, coordenação, gestor local e população sobre as informações geradas pelo SIAB.

Quanto maior for a cobertura do programa mais próxima da realidade estarão as informações geradas pelo SIAB, uma vez que este sistema utiliza denominadores populacionais referentes à área de abrangência do PSF.

Salientamos que as informações colhidas pelos agentes comunitários de saúde em suas visitas domiciliares, assim como as atividades realizadas pelos outros profissionais da equipe, possibilitam a construção de indicadores para o planejamento e análise das ações de saúde desenvolvidas no nível local,

oferecendo dados representativos das comunidades cobertas pelo programa que, via de regra, não estão disponíveis em outros sistemas. O SIAB possibilita, uma fonte de dados de valor inestimável para o processo de gestão dos sistemas locais de saúde.

Constitui-se assim, em um sistema de coleta diária de informações geradas continuamente e por esta característica, permite a identificação precoce de alterações na situação de saúde da população acompanhada, propiciando uma ação imediata sobre os problemas detectados. Pode, desta forma, ser utilizado como ferramenta para apoiar e orientar decisões estratégicas em relação as ações a serem desenvolvidas tanto pela equipe técnica quanto pelo gestor local. Compreendemos que o êxito do PSF está relacionado ao máximo de informações que se possa obter da população coberta

Este sistema permite ainda o desenvolvimento de ações intersetoriais, ao disponibilizar informações referentes às condições de saneamento, coleta de lixo, utilização de energia elétrica, esgotamento sanitário, ocupação, crianças que freqüentam escola, entre outras informações.

O conceito de equidade, um dos princípios da constituição do Sistema Único de Saúde, refere-se ao enfrentamento das desigualdades existentes entre os diversos grupos sociais, tratando de forma desigual aos desiguais, buscando o atendimento às necessidades de cada parcela da população (Aquino, et. al.1997) . No nível local, o SIAB representa uma ferramenta importante no apoio a decisões equitativas.

“No âmbito da vigilância da saúde, e em obediência ao princípio básico da equidade, trabalhar por problemas exige, ainda, a sua microlocalização por reconhecer que a sua distribuição se dá assimetricamente no território, discriminando negativamente grupos sociais, de condições de vida semelhantes, que tendem a concentrar-se em determinados espaços da existência”(Mendes, 1996: 247)

Os indicadores sócio-demográficos, de morbi-mortalidade, de vigilância nutricional, de hospitalizações, e de cobertura por planos de saúde privados da população acompanhada pelo PSF, permite ao gestor local uma análise mais detalhada da população coberta, bem como a priorização de ações vis a vis os condicionantes do processo saúde doença.

Assim sendo, se as informações coletadas forem analisadas de maneira precisa, poderão contribuir para a melhoria da situação de saúde da população se estiverem disponíveis no momento oportuno para as pessoas e instituições com a capacidade de gerar mudanças.

Um dos problemas percebidos na operacionalização do SIAB, diz respeito a ficha A ou do cadastramento familiar. Percebemos que desde a implantação do PSF, os municípios em sua grande maioria, só conseguiram finalizar o cadastramento da população coberta pelo Programa recentemente, dificultando, dessa forma, qualquer avaliação de impacto da implantação do PSF no nível local.

Salientamos também que de maneira geral, no que se refere aos grupos de risco, de crianças e de gestantes, as equipes não conseguem realizar o acompanhamento de todo o contingente. Tal fato pode ser indicativo da necessidade de realizar estudos mais aprofundados sobre o redimensionamento da população adscrita às equipes.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

SIAB é um sistema que pode ser considerado inovador, uma vez que opera de forma diferenciada, com dados que em geral, existem agregados em diversos outros sistemas. Representa avanços no que se refere ao processo de consolidação dos dados, permitindo diferentes níveis de agregação das informações no nível municipal. Sua metodologia de coleta com uma busca ativa da informação através do trabalho diário da equipe- garantindo uma boa sensibilidade dos seus indicadores. O SIAB possibilita, ainda, provocar o interesse das autoridades políticas, dos gerentes e de todas as equipes técnicas municipais para análise da situação de saúde da comunidade, com potencial de influenciar decisões relevantes.

Na realização desse estudo, observamos que a equipe utiliza várias fichas de coleta, e que um grande volume de dados é consolidado manualmente. Tal procedimento além de poder influenciar na morosidade de processamento dos dados acarreta uma sobrecarga de trabalho para os profissionais. Talvez se faça necessário um estudo mais detalhado, buscando verificar a possibilidade desses instrumentos serem consolidados pelo próprio sistema.

Algumas reflexões merecem especial atenção: a construção dos indicadores de acompanhamento de grupos de risco, são definidos a partir da visita domiciliar do agente, e não decorrentes da consulta do médico ou do enfermeiro, sendo portanto construído pela morbidade referida; a dificuldade de atualização anual do cadastramento familiar, impedindo, via de regra, que o impacto das ações seja analisado; a centralização da digitação dos dados fornecidos pelas equipes dificultando a verificação e validação da informação.

Apesar de todo o cadastramento ser realizado a partir das informações da família/domicílios, a entrada dos dados no sistema fica relacionada ao agente

comunitário responsável pela microárea, dificultando o desenvolvimento de ações de investigação de casos na vigilância epidemiológica, por exemplo.

Salientamos a necessidade de intensificar o processo de capacitação das equipes para a operação do SIAB (quanto a 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.

Acreditamos que qualquer evolução para o aperfeiçoamento do SIAB, não se dará apenas em consequência da evolução tecnológica, mas fundamentalmente pela intensificação, frequência e finalidade do uso que lhe é atribuído. Temos claro que compete à esfera local a produção, a validação, a análise e a utilização dessas informações, no sentido de identificar os principais problemas de saúde da população e desenvolver as ações necessárias.

Por fim, este trabalho não pretende ser conclusivo mas aponta que o SIAB, em termos de organização e fluxo de informações, possibilita imprimir qualidade ao Programa de Saúde da Família por aproximar a informação do gerenciamento no nível local, rompendo com a lógica centralizadora que reserva a quem opera os serviços, o papel de mero coletador e repassador de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. F. *Algumas considerações sobre os sistemas de informação em saúde da França e do Brasil. Informe Epidemiológico do SUS*, v. 5, n. 4, p.7–12, 1996.

ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o Uso das Informações a Nível Municipal. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 3, p.27-33, 1998.

AQUINO R. et al. Informação para gestão de sistemas locais de saúde: o sistema de informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 4, p. 47-56, 1997.

BALDIJÃO, M.F. de A. Sistemas de informação em saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo: SEADE, v.6, n. 4, p 21-28, out./dez. 1992.

BARCELOS, C. & SANTOS, S. M. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de base de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 6, n. 1, p.21-29, 1997.

BRACKETT, M. H. *Data sharing using a Common data Architecture*. New York: John Wiley & Sons, 467p. 1994.

BRANCO, M.A. F. *Sistemas de informação em saúde em âmbito local e organização de interesses sociais: um estudo de caso no Município do Rio de Janeiro*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. *Lei n.º 8.080/90*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. 3. ed. Brasília, DF: CONASEMS, 1992. (Publicações técnicas, n. 2).

BRASIL. *Lei n.º 8.142/90*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. 3. ed. Brasília, DF : CONASEMS, 1992. (Publicações técnicas, n. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS 1/1991*. Brasília, DF: O Ministério, 1991.

BRASIL Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS 1/1993*. Brasília, DF: O Ministério, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo de trabalho criado pela Portaria MS n.º 1.311 de 14/07/1995. Relatório Final.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 3 de 4/01/1996. Cria a Comissão de Informação e Informatização do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde da população: Portaria MS/GM n.º 2.203/1996*. Brasília: O Ministério, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997. 27p. Documento preliminar.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Compatibilização de sistemas baseados em banco de dados (CBD) da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA): informe final. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 6, n. 3, p 35-41, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1886/GM de 18/12/1997. Brasília – DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. *Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB*: manual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.925 de 12/11/98. Brasília - DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 157 de 19/02/98 . Brasília – DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 82/SAS de 07/07/98. Brasília – DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica/Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF: O Ministério, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.348 de 18/11/99. Brasília – DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 832, de 28/06/1999. Brasília – DF. –

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.013 de 08/09/2000-. Brasília - DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 779 de 14/07/2000. Brasília – DF. –

.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 12 de 7/01/2000. Brasília-DF. –

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 779 de 14/07/2000. Brasília – DF. –

.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. SAS. Brasília, DF, 2000, 65p.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica Indicadores 1999*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 40p.

CARVALHO, A. I. Da Saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n.1, p. 104-121 1996.

CARVALHO, D.M. *Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre a possibilidade de uso de grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CORDEIRO, H. O. P.S.F. como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*, Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, p.10-15, 1996.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90 – A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: *Política de Saúde e Inovação Institucional*. (COSTA & RIBEIRO, orgs.). Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996, pp. 13-29.

DAL POZ, M. R. Sistemas de informação sobre recursos humanos como instrumento estratégico para alcançar a eficiência e democratização na gestão local de saúde. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, v. 25, n. 2,p. 164-173, 1995.

FAVERET, F. P.; Oliveira, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, p. 153-186,1990.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação para Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, 29-35, 2000.

LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N. G. Saúde da Família: A Procura de um Modelo Anunciado. In: *Saúde da Família*. Brasília, Ministério da Saúde, ano I, nº.1, janeiro-junho/96, pp.03-08, 1996.

LAURENTI, R. e cols. *Estatísticas de Saúde*. EPU/EDUSP, São Paulo,1985.

MEDICI, A.C. *Descentralização e informação em saúde; planejamento e políticas públicas*. Brasília, DF: IPEA, 1991. P. 5-29.

MEDINA, M. G.; AQUINO, Rosana; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 21, p. 15-28, dez. 2000.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. Capítulo 1: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informação/Informática, Documentação, Comunicação Social e Educação. Relatório Grupo Temático n.º 10 (mimeo), 1993.

MORAES, I. H. S. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MORAES, I. H. S. *Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnocracia emancipadora*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações em saúde: os desafios continuam. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p.37-51, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Genebra. *Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestion para el desarrollo nacional de la salud*. Genebra, 1981. 49 p.

OLIVEIRA, D.P.R. *Sistemas de informações gerenciais: estratégias, táticas operacionais*. São Paulo: Atlas, 1992.

PADILHA, H. P. & COSTA, C. H. L. O plano diretor de informações do Ministério da Saúde: uma estratégia para sua elaboração. *IESU*, v. 5, n. 2, p. 61-66, 1996

POSSAS, C. *Sistemas estaduais de informação em saúde no Brasil: situação atual e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz; 1989.

SOUZA, R. R. SAS/MS. Avaliação dos projetos para instalação de pólos de capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família, PROJETO REFORSUS.

TASCA, R., GRECO, C., VILLAROSA, F. N. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: Mendes, E.V.(Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. P. 267-310.

TASCA, R. Sistemas de informação para vigilância à saúde no distrito sanitário. In: Mendes, E.V.(Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 31-43.

VIANA, A. L.. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANNA, A. L.. Projeto de Avaliação do Programa Saúde da Família: IV relatório parcial: terceira versão do paper e análise dos dados. Rio de Janeiro: [s.n], 2000. Mimeo.

ANEXO I

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF <input type="text"/>
ENDEREÇO			NÚMERO <input type="text"/>	BAIRRO		CEP <input type="text"/>	
MUNICÍPIO <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>	MICROÁREA <input type="text"/>	FAMÍLIA <input type="text"/>	DATA <input type="text"/>		

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAD O		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊN TA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo

CHA - Chagas

DEF - Deficiência

DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia

GES - Gestação

HA - Hipertensão Arterial

TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase

MAL - Malária

Doença ou Condição Referida		QUANTIDADE DE PESSOAS																										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	TOTAL	
15 anos e +	ALC	X	X																								2	
	CHA	X																									1	
	DEF																										0	
	DIA	X																									1	
	DME																										0	
	EPI																										0	
	GES																										0	
	HA	X	X																								2	
	HAN																											0
	MAL																											0
TBC																											0	
De 0 a 14 anos	ALC																										0	
	CHA																										0	
	DEF	X																									1	
	DIA																										0	
	DME																										0	
	EPI	X																									1	
	GES																										0	
	HA																										0	
	HAN																											0
	MAL																											0
TBC																											0	

MORADIA E SANEAMENTO - QUANTIDADE DE FAMILIAS

Tipo de Casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	TOTAL	
Tijolo/Adobe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		22
Taipa revestida	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24
Taipa não revestida	X	X	X	X	X	X	X	X																			8
Madeira																											0
Material aproveitado	X	X	X																								3
Outros	X	X	X	X	X	X	X	X																			8
Energia Elétrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							19
Destino do Lixo																											
Coletado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
Queimado/Enterrado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	23
Céu Aberto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									17
Tratamento da Agua no Domicílio																											
Filtração	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								18
Fervura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							19
Cloração	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				22
Sem Tratamento	X	X	X	X	X	X																					6
Abastecimento de Agua																											
Rede Pública	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25
Poço ou Nascente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						20
Outros	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						20
Destino de Fezes e Urina																											
Sistema de Esgoto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					21
Fossa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			23
Céu Aberto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					21

Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	UF <input type="text"/>
------------------------	--	-------------------------

MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código) <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>
------------------	--	----------------------------------	------------------------------	-----------------------------

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
<i>M</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 e mais											
SUB-TOTAL												
<i>F</i>	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 e mais											
SUB-TOTAL												
TOTAL												

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

Relatório A3		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										UF <input type="text"/>	
MUNICÍPIO (nome)					MUNICÍPIO (código)					SEGMENTO		ANO	
CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO TERRITORIAL													
SEXO	FAIXA ETÁRIA	ÁREA										TOTAL	
<i>M</i>	< 1												
	1 - 4												
	5 - 6												
	7 - 9												
	10 - 14												
	15 - 19												
	20 - 39												
	40 - 49												
	50 - 59												
	60 e mais												
	SUB-TOTAL												
<i>F</i>	< 1												
	1 - 4												
	5 - 6												
	7 - 9												
	10 - 14												
	15 - 19												
	20 - 39												
	40 - 49												
	50 - 59												
	60 e mais												
	SUB-TOTAL												
TOTAL													

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

Relatório A4	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		UF [][]
	MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código) [][][][][][][][][]	ZONA <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL

ANO [][][][][]	
---------------------	--

CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR MUNICÍPIO

SEXO	FAIXA ETÁRIA	SEGMENTO TERRITORIAL										TOTAL	
<i>M A S C U L I N O</i>	< 1												
	1 - 4												
	5 - 6												
	7 - 9												
	10 - 14												
	15 - 19												
	20 - 39												
	40 - 49												
	50 - 59												
	60 e mais												
	SUB-TOTAL												
<i>F E M I N I N O</i>	< 1												
	1 - 4												
	5 - 6												
	7 - 9												
	10 - 14												
	15 - 19												
	20 - 39												
	40 - 49												
	50 - 59												
	60 e mais												
	SUB-TOTAL												
TOTAL													

	Nº	%
Famílias estimadas		
Famílias cadastradas		
População		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de Saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos e mais		
Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

FICHA B - GES		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA																		ANO [][][][]													
MUNICÍPIO			SEGMENTO			UNIDADE				ÁREA				MICROÁREA			NOME DO ACS:																
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																																	
Identificação da gestante		Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco			Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério	
				1	2	3	R	Mês de gestação									Mês de gestação																
Nome: Endereço:				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9				NV	NM	AB	1	2
		6 ou mais gestações																															
		Natimorto/Aborto																															
		36 anos e mais																															
		Menos de 20 anos																															
		OBS:																		Data da visita do ACS			Sangramento										
																							Edema										
																					Diabetes												
																					Pressão Alta												
Nome: Endereço:				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9				NV	NM	AB	1	2
		6 ou mais gestações																															
		Natimorto/Aborto																															
		36 anos e mais																															
		Menos de 20 anos																															
		OBS:																		Data da visita do ACS			Sangramento										
																							Edema										
																					Diabetes												
																					Pressão Alta												
Nome: Endereço:				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9				NV	NM	AB	1	2
		6 ou mais gestações																															
		Natimorto/Aborto																															
		36 anos e mais																															
		Menos de 20 anos																															
		OBS:																		Data da visita do ACS			Sangramento										
																							Edema										
																					Diabetes												
																					Pressão Alta												

ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações				
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez					
Nome Endereço			Data da visita do ACS														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	
Nome Endereço			Data da visita do ACS														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	
Nome Endereço			Data da visita do ACS														Nº de Comunicantes			
			Toma medicação diária															Comunicantes < 5 anos		
			Reações indesejáveis																	
			Data da última consulta																	
			Exame de escarro																	
			Comunicantes examinados																	
			< 5 anos com BCG																	

ANEXO II

Indicadores para Acompanhamento da Atenção Básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de saúde da família

Indicadores:	Cálculo	Fonte de Informações
Percentual da população coberta pelo Programa	População cadastrada/população do município(IBGE) x 100.	SIAB
Proporção de ocorrência de valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	Número de casos de valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos / população de 5 à 14 anos x 100.	SIAB
Proporção de ocorrência de Acidente Vascular Cerebral	Número de casos de acidente vascular cerebral/número de hipertensos cadastrados x 100.	SIAB
Proporção de ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio	Número de casos de infarto agudo do miocárdio/número de hipertensos cadastrados x 100.	SIAB
Proporção de ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez DHEG (forma grave)	Número de casos de doença hipertensiva específica da gravidez DHEG (forma grave)/número de gestantes acompanhadas x 100.	SIAB
Proporção de ocorrência de Doença Hemolítica Perinatal	Número de casos de doença hemolítica perinatal/número de nascidos vivos x 100.	SIAB
Proporção de ocorrência de fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos	Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos / população maior de 50 anos x 100.	SIAB

Proporção de ocorrência de Meningite Tuberculosa em menores de 5 anos	Número de casos de Meningite tuberculosa em menores de 5 anos / população menor de 5 anos x 100.	SIAB
Proporção de recém-nascido com peso menor que 2500g	Número de recém-nascido com peso menor que 2500g / número nascidos vivos pesados x 100.	SIAB
Proporção de hospitalizações por qualquer causa	Número de hospitalizações por qualquer causa / população cadastrada x100	SIAB
Proporção de Óbitos em menores de 1 ano por diarreia	Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB
Proporção de Óbitos em menores de 1 ano por infecção respiratória	Número de óbitos de menores de 1 ano por infecção respiratória/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB
Proporção de Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos/total de óbitos x 100.	SIAB
Proporção de Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	Número de óbitos de adolescentes (10 - 19) por violência/total de óbitos x 100	SIAB

Indicadores para Acompanhamento da Atenção Básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de agentes comunitários de saúde

Indicadores:	Cálculo	Fonte de Informações
1. Percentual da população coberta pelas equipes do programa	População cadastrada/população do município (IBGE) x 100.	SIAB
2. Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Número de crianças menores de 4 meses, na área coberta pelo programa, com aleitamento exclusivo/população de menores de 4 meses da mesma área, x 100.	SIAB
3. Proporção de óbitos de crianças menores de 1 ano por diarreia	Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB
4. Proporção de óbitos de crianças menores de 1 ano por infecção respiratória	Número de óbitos de menores de 1 ano por infecção respiratória/total de óbitos de menores de 1 ano x 100.	SIAB