

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

ANDRÉIA CARLA DOS SANTOS SILVA

**PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO
PARA O PACS/PSF NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA**

Feira de Santana-BA

2004

ANDRÉIA CARLA DOS SANTOS SILVA

PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O
PACS/PSF NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA

Monografia apresentada à disciplina Pesquisa em Saúde II do Departamento de Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. André Renê Barboni

Feira de Santana-BA
2004

AGRADECIMENTOS

A Deus, por conduzir os meus passos pelo caminho certo.

Aos meus pais pela compreensão nos momentos em que estive ausente.

Ao meu orientador Prof^o Dr. André Renê Barboni pelo incentivo, apoio e dedicação constante.

A Landa por toda contribuição nos momentos em que precisei.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente ajudaram-me no construir deste estudo.

RESUMO

No contexto do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição de 1988 refere à saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. Assim, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que constituem em conjunto formas de proporcionar um tipo de assistência mais voltada à prevenção e promoção da saúde. Para gerenciar as informações advindas das populações assistidas, PACS e o PSF fazem uso do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Além do SIAB existem outros sistemas de informação, tais como; Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), que constituem parte integrante do sistema de estatísticas vitais, entre outros. Entretanto, mesmo com a criação desses sistemas pelo DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) ainda existe problemas com a integração dos dados entre os diversos sistemas, com a questão do sub-registro e com a qualidade das informações levantadas. Diante disso, os objetivos do trabalho são: contribuir para o desenvolvimento de um sistema de informação para o PACS/PSF no município de Feira de Santana-BA, propor um módulo de cadastro para o Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM), viabilizar a integração deste sistema com o SIM e SINASC, idealizar os passos iniciais para a construção de um prontuário eletrônico (utilizado pelas unidades básicas de saúde), a partir dos dados de cadastro do sistema proposto. O presente estudo é caracterizado como uma revisão bibliográfica, reflexão e proposição de uma solução para a situação problema do SIAB com os dados e análise dos mesmos. No sentido de reorganizar os serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS, é que o SIEM surge como um sistema diferenciado, que pretende integrar os outros SIS, descentralizando as informações e sobretudo viabilizando a participação popular. No presente trabalho foi desenvolvida a ficha de cadastro do sistema, através das fichas utilizadas por outros sistemas, mostrando a necessidade da criação dessa ficha mais completa que atenda tanto a ficha que será utilizada na unidade quanto por outros sistemas.

Palavras-chave: Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Sistema de Informação de Atenção Básica, Sistema de Informações Estratégicas Municipais, cadastro.

ABSTRACT

In the context of the process of construction of the Only System of Health (SUS), the Constitution of 1988 relates to the health as a right of the citizens and a duty of the State. Thus, the Ministry of Health (MS) created the Program of Communitarian Agents of Health (PACS) in 1991 and the Program of Health of Family (PSF) in 1994, that they constitute in set forms to more provide a type of assistance come back to the prevention and promotion of the health. To manage the information happened of the populations assisted. PACS and the PSF makes use of the System of Information of Attention Basic (SIAB). Beyond the SIAB other systems of information exist, such as; System of Information of Mortality (SIM), Nascidos System Vivos (SINASC), that they constitute integrant part of the system of vital statisticians, among others. However, exactly with the creation of these systems for the DATASUS (Department of Computer science of the Only System of Health) still it exists problems with the integration of the data between the diverse systems, with the question of the sub-register and the quality of the raised information. With this, the objectives of the work are: contribute for the development of a system of information for the PACS/PSF in the city of Feira of Santana-BA, to consider a module of I register in cadastre for the System of Information Municipal Strategists (SIEM), to make possible the integration of this system with SIM and SINASC, to idealize the initial steps for the construction of an electronic handbook (used for the basic units of health), from the data of I register in cadastre of the considered system. The present study it is characterized as a bibliographical revision, reflection and proposal of a solution for the situation problem of the SIAB with the data and analyzes of the same ones. In the direction to reorganize the health services in accordance with I begin them of the SUS, is that the SIEM appears as a differentiated system, that it intends to integrate the other SIS, decentralizing the information and over all making possible the popular participation. In the present work the fiche was developed of registers in cadastre of the system, through the fiches used for other systems, showing the necessity of the creation of this fiche more complete than it in such a way takes care of the fiche that will be used in the unit how much for other systems.

Word-key: Program of Communitarian Agents of Health, Program of Health of the Family, System of Information of Basic Attention, System of Municipal Strategical Information, cadastre.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP-UEFS	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DN	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbitos
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Programa de Saúde da Família (PSF).....	15
2.2	Sistemas de Informação em Saúde (SIS)	19
2.2.1	Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)	21
2.2.2	Sistema de Nascidos Vivos (SINASC)/Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).....	22
2.2.3	Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS)/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)	25
2.2.4	Centro de Referência em Informação em Saúde (CRIS)	26
3	METODOLOGIA	28
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
4.1	Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM).....	29
4.2	O Cartão Nacional de Saúde.....	34
4.3	Ficha de Cadastro do SIEM.....	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

No contexto do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição de 1988 refere à saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. A saúde passa a ser entendida como uma questão de cidadania, em que o Estado deve prover as condições necessárias ao atendimento da população para que esta possa ter uma vida digna e com qualidade.

O SUS tem como princípios: universalidade, equidade, integralidade dos serviços de saúde, hierarquização, descentralização, resolutividade, e participação comunitária. Sendo assim, a universalidade caracteriza-se pelo direito ao acesso aos serviços de saúde por toda a população. A equidade visa que todas as pessoas tenham direitos iguais a saúde. A integralidade garante aos indivíduos o acesso a qualquer serviço de saúde que for necessário, qualquer que seja ele. Já a hierarquização do atendimento consiste na organização do atendimento de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos e a descentralização é caracterizada pela definição de papéis entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal conferindo mais poder, autonomia e resolutividade do atendimento no nível mais próximo da população.

Com os processos de descentralização e hierarquização preconizados pelo SUS amplia-se a participação dos municípios, visto que fortalecem o processo de municipalização em que os mesmos passam a se responsabilizar mais diretamente pela saúde da população. A participação dos outros níveis governamentais se dá com o propósito de auxiliar o planejamento e a implantação das ações a nível local.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que constituem em conjunto formas de proporcionar um tipo de assistência mais voltada à prevenção e promoção da saúde dentro de um novo paradigma (saúde como qualidade de vida e uma questão de cidadania).

Sendo assim, são estratégias para modificar o atual modelo dominante de atenção que é baseado no atendimento à “demanda espontânea” dos serviços e que dá ênfase à doença e à cura, num processo de medicalização da saúde. Para PAIM (1999), é um modelo em que os indivíduos procuram os serviços de saúde apenas quando se sentem doentes. Com isso, não se trabalha com a prevenção de doenças e promoção da saúde, tampouco com o planejamento das ações para alterar as condições de saúde da população. Fica-se atendendo casos de urgência que poderiam ter sido solucionados num momento anterior quando a situação requeria procedimentos mais simples, com menor custo financeiro e com melhor resposta em termos de saúde e qualidade de vida para a população.

Então, no sentido de inverter esse modelo, de gerar alternativas é que o PACS e o PSF foram criados. O PACS foi instituído efetivamente e regulamentado em 1997, tornando-se importante para o aprimoramento e consolidação do SUS, com o intuito de proporcionar a população acesso e universalidade aos serviços de saúde.

Para desenvolver as principais atividades do programa existe o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que atende uma população que pode variar entre 400 e 750 pessoas em uma microárea próxima a sua residência, tendo uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como referência. É um membro selecionado desta mesma comunidade (residência de pelo menos dois anos), que saiba ler e escrever, com idade mínima de 18 anos e disponibilidade para trabalhar em tempo integral (BRASIL, 2001).

O ACS realiza diversas funções, dentre elas; o cadastramento das famílias, mapeamento da microárea, identificação das áreas de risco, além de visitas domiciliares que possibilitam na medida do seu conhecimento identificar situações problemas que necessitem de intervenção (BRASIL, 2001). Por conseguinte, com a proposta que o programa apresenta é possível considera-lo como a primeira estratégia do governo que veio para trabalhar com as questões relacionadas à saúde mais perto da população, visto que o agente inserido na comunidade tem um acesso mais fácil à mesma, pode orientá-la sobre assuntos como higiene, alimentação, hábitos de vida, encaminha-la para unidade de referência. A família e a comunidade atuam como colaboradores nesse processo.

Mas, para que o programa tenha sucesso e resolutividade, é preciso que os ACS sejam orientados e capacitados, de acordo com a necessidade da comunidade. Por conseguinte, o responsável por isso é um enfermeiro que atua como instrutor/supervisor lotado numa unidade de saúde, sendo de sua competência supervisionar no máximo 30 ACS (BRASIL, 2001). O enfermeiro deve também acompanhar e avaliar o trabalho do ACS, além de gerenciar as informações advindas das visitas domiciliares para que possam ser enviados os dados consolidados para Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Conforme Brasil (2001), uma vez que esses dados são analisados e consolidados podem ser apresentados e discutidos junto com a comunidade, enviados a SMS, que encaminha uma cópia para a Secretaria Estadual de Saúde onde serão processados e encaminhados ao MS.

Com uma proposta também de inverter o modelo de assistência baseado na “demanda espontânea” e complementando o trabalho do PACS tem-se início o PSF. Criado pelo MS em 1994, através da priorização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças junto à

comunidade incorpora e amplia a atuação dos ACS e reafirma os princípios preconizados pelo SUS.

As equipes de Saúde da Família são compostas por profissionais tais como: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que prestam atendimento numa UBS de referência para a comunidade, o que permite criar um maior vínculo de co-responsabilidade com a mesma. Cada equipe é responsável pelo atendimento de 2400 a 4500 pessoas que compõe a área de abrangência, critério este que se torna flexível a depender da realidade local.

Assim como o PACS, o PSF veio inverter o modelo tradicional, com o intuito de levar a saúde mais perto das famílias, numa atenção mais integral, interdisciplinar, participativa, sendo resolutiva ou realizando os encaminhamentos necessários. Entretanto, mesmo com essa proposta de mudança de paradigma, ainda existem problemas com as informações, que são fundamentais para se trabalhar de forma efetiva, com planejamentos mais adequados e com melhor resolutividade.

Com a implantação do SUS e o processo de municipalização da saúde, cada vez mais, torna-se necessário à utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com vias a ajudar no planejamento das ações. Para isso, as informações precisam estar atualizadas e devem ser capazes de retratar a realidade local. Hoje em dia, o PACS e o PSF fazem uso do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) para gerenciar as informações advindas das populações assistidas.

O SIAB produz relatórios, a partir dos dados coletados pelos ACS durante as visitas domiciliares, o que permite conhecer a realidade sócio-sanitária da comunidade acompanhada (BRASIL, 1998a).

O SIAB não abrange todos os dados necessários para uma análise epidemiológica mais completa sobre a população atendida. No entanto, existem outros sistemas de informação que estão disponíveis ao gestor municipal e que fornecem outros dados úteis para este tipo de análise: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), que constituem parte integrante do sistema de “estatísticas vitais”; o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – responsável pela notificação das doenças e agravos à saúde de interesse epidemiológico; o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) que registram os atendimentos feitos à população a nível hospitalar e ambulatorial respectivamente, e o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB) que se destina à informatização da rede ambulatorial básica do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, mesmo com a criação desses sistemas pelo DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), setor responsável pelo desenvolvimento dos sistemas de informação do SUS e pela divulgação dos dados, e com as propostas atuais de desenvolver uma política de informação e informática em saúde para o SUS mais efetiva, ainda existe problemas com a integração dos dados entre os diversos sistemas, com a questão do sub-registro e com a qualidade das informações levantadas.

Neste contexto, após a realização de uma pesquisa cujo tema – “Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma área de abrangência de Feira de Santana-BA”, realizada por essa autora enquanto bolsista de Iniciação Científica surgiu o interesse em se elaborar uma proposta de desenvolvimento de um sistema de informação para o PACS/PSF no município de Feira de Santana-BA.

O referido estudo foi caracterizado como quantitativo descritivo em que através do sorteio de uma microárea foi aplicado um instrumento de coleta de dados (em apêndice) baseado na ficha A – cadastro das famílias pelo ACS. Isto corresponde a um total de oito ruas

(170 residências) e o instrumento de coleta consistia de perguntas que permitem avaliar o cadastramento da família pelo ACS (nome, idade, endereço, entre outras) além de dados de nascimentos e óbitos referidos ocorridos no núcleo familiar entre os anos de 1994-2002 e 1979-2002 respectivamente.

Os dados foram colhidos através de informações dadas por uma pessoa da casa que concordou em participar da pesquisa, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em apêndice) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS). Seguindo-se à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que direciona e normaliza pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998b).

Com os dados da pesquisa foi possível avaliar como o ACS vinha desenvolvendo seu trabalho junto à comunidade, caracterizar a população da microárea considerando situação de moradia e saneamento, as dificuldades encontradas pela ACS para cadastrar as famílias e, sobretudo avaliar o SIAB, visto que após a aplicação dos formulários, os dados foram comparados com os encontrados pela agente comunitária e com os disponíveis pelo SIAB, o que permitiu identificar discrepâncias entre os mesmos. Para o SIAB estavam cadastradas 179 famílias e para ACS 169, sendo que na microárea quando contados os domicílios no período da pesquisa tinha-se um total de pelo menos 229 domicílios.

Dai resulta que o SIAB estaria atendendo apenas 78% da quantidade total de famílias estimadas, o que implica que uma parcela significativa da população não está sendo coberta pelo programa acarretando dúvidas sobre a confiabilidade do mesmo. Além disso, a ACS que tem um acesso maior às famílias, também não está com 100% da população cadastrada.

O que se pode ser concluído é que há falhas no sistema de informação. Como a ACS não está atendendo os 100% da população da microárea, os dados fornecidos pelo SIAB no período do estudo não informam as condições reais de saúde da população. Além disso, como

o mesmo está estruturado não é possível para o instrutor/supervisor acompanhar a situação de saúde da área de abrangência, identificando os possíveis problemas, visto que as fichas de cadastro (ficha A – em anexo) estão com os ACS, o enfermeiro conta apenas com o relatório dos dados consolidados (ficha SSA2 – em anexo) não tendo, portanto, uma informação mais detalhada sobre a população para trabalhar, sua tarefa acaba se restringindo a consolidar os dados e enviar para secretaria de saúde do município, para serem digitados e produzidos os relatórios.

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: **Como deve ser um Sistema de Informação de Saúde para o PACS/PSF no município de Feira de Santana?**

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivos:

Objetivo Geral:

Elaborar uma proposta para o desenvolvimento de um sistema de informação para o PACS/PSF no município de Feira de Santana-BA.

Objetivos Específicos:

- Propor um módulo de cadastro para o Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM);
- Viabilizar a integração deste sistema com o SIM e SINASC;
- Idealizar os passos iniciais para a construção de um prontuário eletrônico (utilizado pelas unidades básicas de saúde), a partir dos dados de cadastro do sistema proposto.

Com isso, existe a necessidade de se propor um SIS a nível local para o PACS/PSF, que possa na medida do possível resolver os problemas existentes no SIAB, integrar o mesmo

com o SIM e com o SINASC, com a finalidade de proporcionar dados confiáveis, atualizados, que efetivamente mostrem a realidade da comunidade, possibilitando ao enfermeiro acompanhar diretamente a situação de saúde da sua área de atuação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Programa de Saúde da Família (PSF)

O PACS foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, como uma reformulação do modelo assistencial vigente, propondo a melhoria da realidade sanitária. Esse programa surgiu para atender as necessidades de atenção primária, tendo como público alvo o grupo materno-infantil.

A implantação do PACS foi iniciada pela Região Nordeste. Com a epidemia de cólera no Brasil, motivou a implantação emergencial do programa também na Região Norte onde os agentes atuaram, principalmente em ações de controle e prevenção da doença (SOLLA, MEDINA, DANTAS, 1996).

O agente é uma pessoa da própria comunidade que deverá atender uma população estimada entre 400 e 750 pessoas a depender das necessidades locais e das condições de acesso a esta população. Desenvolvendo suas atividades por meio das visitas domiciliares, priorizando a educação em saúde. Atua sob a supervisão de um enfermeiro instrutor/supervisor, que deverá qualificar o ACS para garantir que o programa tenha um bom funcionamento. Cada enfermeiro é responsável no máximo por 30 ACS (BRASIL, 2001).

O programa visa prevenção de doenças e promoção da saúde, visto que atua com destaque nas comunidades mais carentes informando, para que esta colabore com as ações desenvolvidas. O agente constitui o elo de ligação entre os serviços e a comunidade, que através de ações voltadas para educação em saúde contribuem para que a população cuide de sua própria saúde.

Com isso, o ACS desempenha um papel central, orientando, encaminhando a população por ele assistida. Algumas atribuições do agente comunitário; cadastramento que é

a primeira etapa junto à população, o mapeamento (registro em um mapa de localização das residenciais sob áreas de risco), realização de ações coletivas promovendo reuniões com grupos diferenciados (gestantes, hipertensos, idosos, entre outros). O trabalho do agente é desenvolvido de forma ampla, envolve educação, questões humanitárias e solidárias que possam interferir na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2001).

O cadastramento das famílias é muito importante, efetivado através das visitas domiciliares pelos ACS, constituindo o foco principal do trabalho do mesmo, pois a partir dele pode-se conhecer as pessoas da comunidade, as condições de moradia, saneamento, escolaridade, situação de trabalho e renda. Com esse trabalho do ACS torna-se possível identificar as questões que requerem maior atenção, para que os gestores, os profissionais de saúde e a própria comunidade possam planejar e intervir na situação encontrada.

As visitas domiciliares devem ser realizadas com uma frequência mínima de uma visita mensal a cada família residente na microárea acompanhada pelo ACS, sendo que a quantidade pode variar em função das condições de saúde da comunidade e a existência do grupo materno-infantil que constitui prioridade.

A responsabilidade de acompanhar o trabalho do ACS é do profissional enfermeiro lotado numa UBS, que exerce um papel de suma importância para organização dos serviços básicos de saúde. Constituindo um elemento de referência para o ACS no emprego de suas funções, devido a sua formação acadêmica que apresenta conteúdos voltados também para políticas de saúde, que através de uma supervisão adequada e permanente possibilita a qualidade do programa.

Para tanto, é preciso que as UBS estejam preparadas para atender a demanda, conferindo resolutividade e qualidade ao programa. Assim sendo, o PACS pode ser considerado uma possibilidade de efetivar os princípios da municipalização das ações e de integrar os diversos profissionais que atuam no campo da saúde.

O município de Feira de Santana estava habilitado como “gestor pleno da atenção básica” desde de julho de 1997, concordando com os princípios da Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) com a finalidade de conceder ao gestor municipal a atenção à saúde em seus municípios (RODRIGUES, ASSIS, SILVA, 1999). Sendo que, em 9 de março de 2004, o Ministério da Saúde conforme portaria nº 352/GM resolve em seu art. 1º, habilitar o município na Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde 01/2002 (NOAS SUS 01/02).

O PACS foi implantado em 1992 com 286 agentes e 10 enfermeiros instrutores-supervisores, obedecendo às diretrizes gerais do Ministério da Saúde. Em outubro de 1998, este número caiu para 146 ACS e 7 instrutores, uma cobertura de 18%. Neste mesmo ano realizou-se uma seleção para ampliar a cobertura, contando em 1999 com 535 ACS e 20 instrutores-supervisores, com uma cobertura total de 66% das famílias estimadas para o município. (RODRIGUES, ASSIS, SILVA, 1999).

O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos. Entre eles, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma (BRASIL, 2003a).

Nesse sentido o PSF veio incorporar como uma estratégia de inverter o modelo de assistência centrado na doença e integrar uma nova concepção de saúde, vista hoje como qualidade de vida, que segundo Chiesa (2003, p. 41) é:

entendida como a condição de existência relativa ao modo de viver em sociedade, articulando o momento histórico e a estruturação no cotidiano que está estreitamente relacionada ao grau de liberdade social e à capacidade de usufruto das conquistas técnico-científicas pelos indivíduos e grupos sociais.

Nesta perspectiva, o programa baseia-se no modelo de Vigilância da Saúde cujo foco da atenção está nas condições da população. Conforme Paim (1994), é um modelo assistencial alternativo constituído por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos.

O Programa de Saúde da Família visa a promoção, prevenção e preservação da saúde, através de ações básicas no núcleo familiar. Dessa forma criam-se vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população. O indivíduo é visto dentro de um contexto social e familiar, indo além de práticas curativas.

Sendo assim, o PSF pode contribuir para melhoria das condições de vida da população, identificando problemas, planejando estratégias de resolução dos mesmos numa área de abrangência delimitada sob sua responsabilidade, que corresponde de 2400 a 4500 habitantes, a depender das necessidades locais.

As equipes de Saúde da Família apresentam algumas atribuições que segundo Brasil (2000), são: conhecer a realidade das famílias da área de abrangência, identificar os problemas de saúde que acometem com mais frequência à população, garantir a continuidade do tratamento, através da referência do caso, prestar uma assistência integral, além de discutir, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, entre outros. Essas ações possibilitam um maior controle social por parte da população, que passa a se tornar um colaborador de extrema importância para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

As unidades de Saúde da Família atuam com equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, com responsabilização sobre um território onde vivem, em média, mil famílias (BRASIL, 2003a).

A equipes de Saúde da Família concentram-se em unidades (postos de saúde, centros de saúde) que servem de referência para a população da área de abrangência determinada, devendo residir no próprio município, onde trabalham de forma integral.

Através de diversas pesquisas realizadas, indicaram que as unidades de saúde funcionando adequadamente são capazes de resolver 85% dos problemas da população, com qualidade, sendo que as outras pessoas necessitarão de níveis de complexidade maiores tais como; ambulatórios e hospitais. As unidades de Saúde devem ser a porta de entrada do sistema local de saúde, para tanto é preciso que haja integração entre os vários níveis de atenção (BRASIL, 2000).

Segundo Brasil (2003a) nos primeiros quatro anos de sua implantação, o PSF abrangia 3,51% da população brasileira, ao final de 1998, este percentual atingiu 6,57%. Em dezembro de 1999, existiam 4.114 equipes de Saúde da Família, atuando em 1.646 municípios, que representam aproximadamente 14 milhões de pessoas acompanhadas pelo programa, representando 8,8% da população do país. Em setembro de 2002, esses números cresceram significativamente: são 16.463 equipes, em 4.161 municípios, assistindo 54 milhões de pessoas. Em 2003, 6,42% dos municípios possuíam mais de 10 equipes, enquanto 37,42% contam com apenas uma.

Pode-se perceber que houve um crescimento das equipes do PSF nos municípios, o que pelo menos teoricamente deve ter facilitado o acesso da população, sobretudo a mais carente aos serviços de saúde.

Neste contexto, de incorporação do PACS ao PSF e o mesmo mostrando uma tendência de crescimento cada vez maior, faz com sejam gerados uma enorme quantidade de dados, que são enviados para o sistema de gerenciamento das informações (SIAB).

2.2 Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão por embasar o processo de tomada de decisões. É fruto do processamento dos dados, sendo que sua qualidade dependerá de como a coleta foi realizada e de um sistema de informação e computação apropriado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), requer a informatização das atividades realizadas dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

Assim, um SIS constitui-se num componente que gerencia as informações e tem como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões para os gestores, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população. Além disso, os SIS têm como funções o planejamento, a coordenação e a supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde gerencia informações acerca da saúde da população utilizando vários SIS, por exemplo, o SIAB, em que o PACS e o PSF fazem uso, o SIM e o SINASC que permitem informações sobre óbitos e nascimentos respectivamente, entre outros. Como esses sistemas também estão disponíveis para os gestores locais eles teoricamente permitiriam uma maior autonomia municipal, além de possibilitar a descentralização das informações. Na prática isso não acontece, pois a falta de pessoal qualificado, a nível local, para analisar as informações e trabalhar os dados que são gerados por sistemas que não se integram acabam por gerar informações pouco fidedignas e confiáveis para embasar a tomada de decisões locais.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são apontados como uma possível solução para resolver o déficit na formação de pessoal qualificado dos municípios, mas esta

solução ainda está muito incipiente e não dá conta de resolver todo o problema. É preciso se trabalhar ainda a concepção dos SIS e adequá-los à nova realidade.

2.2.1 Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)

O SIAB surgiu da necessidade de gerenciar uma quantidade significativa de dados advindos das visitas realizadas pelos agentes comunitários e pelo crescente número de equipes de Saúde da Família, em que os dados eram arquivados manualmente, o que dificultava o aproveitamento dos mesmos. Por isso a equipe da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, solicitou ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o desenvolvimento de um sistema para gerenciar as informações obtidas pelos ACS (BRASIL, 1998a).

O sistema então produz relatórios baseados na realidade local que poderão auxiliar as equipes, as unidades de saúde, que estão ligadas ao gestor municipal e este poderá acompanhar para que se possa a partir dos resultados planejar suas ações, fortalecendo o processo de municipalização. Para tanto se torna necessário que as pessoas que trabalham no sistema estejam qualificadas para que os relatórios estejam espelhando a realidade encontrada pelo ACS.

O SIAB faz uso de “instrumentos de coleta de dados”, utilizados pelos ACS nas visitas domiciliares, que podem ser aproveitados por toda a equipe de saúde da unidade básica, desde que coletados corretamente, para acompanhar e viabilizar meios de suporte adequado, quando necessário, à população atendida pelo agente.

Os instrumentos são constituídos pelas fichas de coleta e de consolidação dos dados. As fichas de coletas são compostas por: cadastramento de famílias, acompanhamento de gestantes, de hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose, pacientes com hanseníase, crianças, registro de atividades, procedimentos e notificações. Os instrumentos de consolidação dos dados são feitos através dos relatórios consolidados anualmente das famílias

cadastradas, relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias, além dos relatórios de produção e marcadores de avaliação (BRASIL, 1998a).

No município de Feira de Santana, em fevereiro de 1999, iniciou-se o registro dos informatizados na Divisão de Informações da Secretária Municipal de Saúde (SMS), com o objetivo de agilizar os relatórios gerenciais, já que existia uma grande quantidade de informações registradas pelos ACS que não eram analisadas e consideradas nos processos decisórios, operando apenas como instrumento administrativo exigido pelo Ministério da Saúde (RODRIGUES, ASSIS, SILVA, 1999).

2.2.2 Sistema de Nascidos Vivos (SINASC)/Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

O SINASC e o SIM fazem parte do sistema de “estatísticas vitais”. O SINASC foi implantado oficialmente em 1990 objetivando a partir de um documento básico, padronizado para todo o país, que deveria ser gerado nos hospitais e em qualquer instituição de saúde onde realizavam partos e nos Cartórios de Registro Civil. O formulário utilizado para a entrada de dados padrão é a Declaração de Nascidos Vivos (DN), cuja emissão é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, preenchida por todos os nascidos vivos no país (BRASIL, 2002).

A Declaração de Nascido Vivo (DN) é emitida após o nascimento, no serviço onde ocorreu o parto, por um profissional de saúde adequadamente treinado. Consiste em três vias: a primeira deve ser encaminhada ou recolhida pela secretaria municipal de saúde; a segunda entregue à família que a levará ao cartório para o registro de nascimento; a terceira, deve ficar arquivada no prontuário do serviço de saúde responsável pelo parto (BRASIL, 2004a).

A obrigatoriedade desse registro é dada pela Lei nº6.015/73. Porém, sabe-se que para algumas localidades, até 60% dos nascimentos não são registrados, principalmente nas regiões

norte, nordeste e centro-oeste (BRASIL, 2002). Essa sub-notificação faz com que os registros de nascimento tenham um número diferente da realidade. Sendo que a maioria dos mesmos ocorre pelos seguintes motivos: falta de instrução dos pais, dificuldade de acesso aos cartórios e especialmente às populações mais carentes que por falta de informação ou mesmo por negligência deixam de registrar seus filhos, contribuindo para acentuar o índice de sub-registros de nascimentos.

O outro sistema criado anteriormente pelo Ministério da Saúde em 1975 foi o SIM, com o propósito de se trabalhar com eventos vitais no Brasil. Deste modo, foi implantado usando como instrumento de coleta de dados, com padronização nacional, a Declaração de Óbito (DO). Foi concebido numa época em que todo o sistema de saúde era centralizado e verticalizado e que tinha como um dos principais problemas para descentralizá-lo a dificuldade de codificar as causas básicas de óbito, o que exige profissionais treinados.

O registro de óbitos é obrigatório, entretanto, a omissão em parcela significativa desses registros faz com que as taxas de mortalidade não representem com precisão a realidade, por apresentarem números inferiores ao real. As razões apontadas para o sub-registro incluem entre outras, o custo, a existência de cemitérios clandestinos e especialmente a falta de esclarecimento da população (PEREIRA, 1995).

A obrigatoriedade desse registro, inclusive para óbitos fetais, é dada pela Lei nº6.015/73, alterada pela Lei nº6.216/75 que determina que nenhum sepultamento seja feito no território nacional sem a certidão correspondente. Entretanto, sabe-se que um número estimado em 20% do total não é registrado, principalmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste (BRASIL, 2002).

O formulário da DO apresenta-se em três vias: a primeira deve ser encaminhada à secretaria municipal de saúde; a segunda entregue à família, que a levará ao cartório para o

registro de óbito e a terceira, que deverá ficar arquivada no prontuário do serviço de saúde onde ocorreu o óbito.

No sentido de melhorar a qualidade dos dados do SINASC e SIM o Ministério da Saúde, esta promovendo a realização de treinamentos, distribuição de recursos para aquisição de equipamentos, entre outros, com o intuito de promover suporte adequado para as equipes de PACS/PSF. Nas regiões Norte e Nordeste, foram verificados que os dados coletados pelos profissionais das equipes podem contribuir para o aumento das informações sobre mortalidade infantil nas áreas onde o SIM e do SINASC necessitam maior atenção (BRASIL, 2004a).

O PACS e o PSF possuem também informações sobre nascimentos e óbitos, visto que como o agente está inserido na comunidade, ocorrendo algum óbito, ele registra na ficha D juntamente com os ocorridos no mês anterior. A ficha D (em anexo) é onde são registradas as atividades, procedimentos e notificações. Os dados coletados pelo ACS referem-se a data da ocorrência do óbito, causa, nome, endereço, entre outras, além de orientar a família que não tem o atestado a procurar o cartório para o devido registro. O enfermeiro consolida, no relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2), os dados referentes ao mês anterior e os encaminha à secretaria municipal de saúde para a consolidação das informações de todas as equipes municipais do PSF e ACS (BRASIL, 2004a).

Entretanto, mesmo com os três sistemas de informação (SIAB, SIM, SINASC) criados há algum tempo, com vários estudos voltados para a política de informação e informática em saúde, o PACS e o PSF colaborando com a coleta de dados, os mesmos não estão integrados de forma eficiente, com informações atualizadas, um complementado o outro. Sendo assim torna-se necessário que os dados sejam processados para gerar informações mais fidedignas, com o intuito de possibilitar aos gestores um melhor planejamento e intervenção.

2.2.3 Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS)/ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)

A RNIS é um projeto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) voltado para a disseminação das informações de saúde tendo como base a INTERNET, para prover o acesso e intercâmbio de informações em saúde para gestão, planejamento e pesquisa para gestores, agentes e usuários do SUS.

É um projeto que pretende interligar todos os municípios brasileiros com o intuito de facilitar o desenvolvimento de uma rede de informações eletrônica. Sendo assim, pode ajudar a integrar os agentes do SUS a nível municipal, estadual e nacional, integrar os trabalhadores de saúde e tornar disponíveis dados e informações atualizadas, para que os profissionais e gestores possam planejar e intervir na situação encontrada.

As RNIS têm como propósitos: interligar profissionais e gestores de saúde na estrutura da rede, facilitar as comunicações, tornar as informações mais acessíveis, já que passariam a ser eletronicamente, disponibilizar as bases de dados para saúde, estabelecer um suporte necessário que apóie o desenvolvimento de sistemas regionais e com o acesso mais fácil as informações pode aumentar o controle social sobre as ações do SUS.

O projeto é de grande importância para modernização e democratização das informações em saúde, pois integra a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais. Neste contexto, as informações relacionadas ao SUS devem servir para os gestores, trabalhadores de saúde e usuários, que passam a ter acesso a situação de saúde, passando pela questão da cidadania.

Além das RNIS, existe a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) que foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde em ação conjunta com Organização Pan-

Americana da Saúde (OPAS) em 1996, com o propósito de disponibilização adequada e oportuna de dados básicos, que possibilitem indicadores e análises sobre as condições de saúde, para possibilitar a avaliação da gestão.

Essa rede tem como objetivos: estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores, atualizados, articular instituições que contribuem para o fornecimento e crítica de dados e indicadores, bem como para a análise de informações; implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações; promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; entre outros.

Tanto o projeto RNIS quanto RIPSA estão baseados em questões que envolvem a importância e a qualidade das informações para o planejamento e intervenção nas situações de saúde, visto que mesmo existindo vários sistemas, esses não se encontram integrados e a informação não está sendo usada adequadamente para a gestão das políticas de saúde. Além disso, o SUS requer sistemas articulados, com informações atualizadas, precisas e adequadas, que permitam a avaliação da gestão e possibilitem o controle social.

2.2.4 Centro de Referência em Informação em Saúde (CRIS)

O CRIS constitui numa idéia que vem sendo trabalhada desde 1998. É um projeto que através de uma equipe transdisciplinar e multisetorial pretende desenvolver Sistemas Abertos de Informação em Saúde (SAIS) e criar uma forte infra-estrutura de Apoio e Assessoria aos Municípios em concordância com os princípios do SUS (BARBONI, 2000).

O CRIS está localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) tendo como objetivo principal manter a mesma na vanguarda do conhecimento em Informação/Informática/Comunicação em Saúde com grande capacidade de assessoramento técnico às secretarias de saúde do Estado e dos Municípios da Bahia e às DIRES, além disso, pretende adequar a lógica do desenvolvimento dos SIS de forma a garantir também o controle

e monitoração da qualidade de vida, definir critérios de documentação que facilite o desenvolvimento participativo dos SAIS, definir critérios e medidas de segurança e confidencialidade das informações sem prejuízo das ações de saúde pública, definir critérios de compatibilização e disponibilização de dados via Internet, produzir subsídios técnicos para a criação de um fórum de discussões sobre o desenvolvimento dos SAIS e criar uma infraestrutura necessária para acessoria dos municípios do interior da Bahia.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como uma **revisão bibliográfica**, reflexão e proposição de uma solução para a situação problema do SIAB com os dados e análise dos mesmos.

Segundo Gil (1991), uma pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir da utilização de um material elaborado, sendo constituído por livros e artigos científicos, com contribuição de diversos autores sobre determinado assunto.

Através da pesquisa bibliográfica, em artigos científicos, impressos diversos, consulta da internet, utilizando também os dados da pesquisa anteriormente descrita que constituiu na “Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma de abrangência de Feira de Santana-BA” para a partir daí desenhar um Sistema de Informação Estratégias Municipais (SIEM), para reorganizar os serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS, sendo que no presente trabalho foi construído a primeiro modulo do SIEM.

A ficha de cadastro constitui o primeiro módulo do SIEM. Para tanto foram utilizadas as seguintes fichas: ficha A (em anexo) utilizada pelo ACS no momento da visita domiciliar para cadastramento das famílias, a Declaração de Óbito (DO), em anexo, e Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e a Ficha Clínica/Prontuário utilizada nas unidades de saúde de Feira de Santana, em anexo. Com essas fichas, as variáveis utilizadas para o cadastramento das pessoas foram comparadas e a partir daí foi desenvolvida a ficha do SIEM, com intuito de se ter uma ficha de cadastro mais completa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Sistema de Informações Estratégicas Municipais (SIEM)

A tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informação em saúde contribuirão para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS. Além disso, possibilita um melhor planejamento e avaliação das ações de prevenção, promoção, e reabilitação capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, considerando as diversidades locais e regionais (BRASIL, 2003b).

Dessa forma, torna-se possível além de integrar os vários SIS, fortalecer o controle social, visto que se pode ampliar a participação de diversos segmentos da sociedade no sentido de visualizar os problemas através do sistema e em conjunto criar estratégias de superação baseadas na realidade local.

O processo de descentralização não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação. A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos de uma população propiciando elementos para análise da situação, deve abranger o processo saúde/doença bem como as ações de caráter administrativo, com a finalidade de embasar o processo de tomada de decisão (BRANCO, 1996).

No sentido de reorganizar os serviços de saúde de acordo com os princípios do SUS, é que o SIEM surge como um sistema diferenciado, que pretende integrar os outros SIS, descentralizando as informações e sobretudo viabilizando a participação popular.

Para reorganizar os serviços de saúde, o SIEM começará a ser desenvolvido como um sistema de gerenciamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) apoiando as ações promovidas pelo PACS e pelo PSF. Todos os usuários cadastrados pelos mesmos deverão estar no sistema e não apenas aqueles que fizeram uso dos serviços da UBS. Cada unidade

deverá ter um computador onde serão registrados todos os cadastrados dos moradores pertencentes a UBS, considerando as condições de saúde e moradia, além disso, qualquer procedimento realizado com os habitantes pertencentes à área de abrangência da unidade deverá ser anotado, construindo assim, um “prontuário eletrônico” em que informações sobre cada usuário, tais como; história clínica, serviços prestados, entre outras, poderão ser obtidas, organizadas e constantemente atualizadas o que permitiria conhecer toda a situação de saúde da população produzindo, assim, relatórios condizentes com a realidade e totalmente obedientes aos princípios éticos e de segurança.

Esse registro eletrônico das informações está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde na área de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, que estabelece que esse registro deve permitir recuperar, por meios eletrônicos as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, objetivando melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2003b).

Além dos dados que serão registrados na própria unidade de saúde, os ACS através do cadastramento, visitas domiciliares, educação em saúde, se tornam importantes aliados no processo de promoção da saúde e para o conhecimento da realidade local tornando-se assim, um elemento fundamental para o funcionamento do sistema. Atualmente, o agente comunitário realiza o cadastramento das famílias, o enfermeiro instrutor/supervisor consolida os dados e os envia para SMS para produzir os indicadores de saúde do município mas este trabalho segue uma lógica que ainda é centralizadora e pouco ou quase nada contribui para a efetiva melhoria da realidade local.

Com a UBS dispondo do computador, o ACS levaria as informações para unidade e o enfermeiro se constituiria no “elemento chave” deste processo, atualizando e avaliando como o agente está desenvolvendo seu trabalho. O cruzamento de dados produzindo informações de qualidade e em tempo hábil permitiria identificar situações de risco e quais seriam as

intervenções necessárias. O enfermeiro teria uma visão melhor da micro-área, para que os planejamentos fossem mais eficazes, baseados em uma situação real. O acesso aos dados seria restrito aos enfermeiros e médicos devidamente autorizados e responsabilizados pelos mesmos e de acordo com o seu grau de competência e responsabilidade.

Desse modo, ao invés das informações serem processadas na SMS, o instrutor/supervisor digitaria e enviaria os dados consolidados necessários à construção dos relatórios a serem enviados para a Secretaria de Saúde do Estado, as fichas não precisariam mais ser encaminhadas para Secretaria de Saúde e na própria unidade tornaria possível produzir os indicadores da área de abrangência. Assim, descentraliza-se as informações da SMS, passando a atender os princípios preconizados pelo SUS e o processo de tomada de decisões passa a ser num nível mais local.

Com esses indicadores mais acessíveis e mostrando a realidade local, o controle social passa a ser mais eficaz, com a criação de Conselhos Locais de Saúde (CLS), possibilita marcar reuniões com a comunidade para mostrar os indicadores, e no caso de alguma situação problema buscar estratégias de resolução em conjunto.

Para a concretização dos princípios do SUS, é preciso a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não esteja dirigido apenas ao tratamento das doenças, mas que contemple os determinantes das condições de uma população, sendo assim, constitui a proposta da Vigilância à Saúde, um processo amplo para o enfrentamento dos inúmeros problemas e agravos que comprometem a qualidade de vida da população (CHIESA, 2003).

Para Paim (1994), é um modelo assistencial alternativo, conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos.

É neste modelo alternativo de atenção à saúde que o SIEM está embasado com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população. Consiste numa proposta de um sistema com características diferenciadas porque o que se pretende também é a construção de um SIS não só de domínio público mas um sistema que seja construído de forma participativa. Sendo assim, ele permitiria que qualquer pessoa ou Instituição que precisasse fazer um ajuste no Sistema, possa fazê-lo, desde que obedeça aos critérios de documentação, padronização e reporte tais modificações à rede de desenvolvimento que estará sendo formada. Isso permitiria que os outros também se beneficiassem das possíveis melhorias implementadas. Com isso tem-se a possibilidade de adequar o sistema as necessidades locais, os SIS passam a ter resolutividade e não funcionariam apenas como um “depósito de dados”. Fortalecendo assim, o processo de democratização da informação.

Para que o SIEM funcione adequadamente é preciso que se tenha um investimento nas unidades de saúde e na capacitação da equipe, já que segundo o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) apud (BRANCO, 1996), para se produzir à informação na esfera estadual enfrenta-se os seguintes problemas falta ou deficiência de infra-estrutura de informática; insuficiência de recursos humanos qualificados; falta de padronização e normatização dos procedimentos de coleta de dados; insuficiente grau de utilização dos dados para uma análise do sistema e dos serviços de saúde.

Desse modo não acontece diferente a nível municipal, é por esse motivo que torna-se imprescindível desenvolver um sistema de informação para resolver esses problemas, mas que tenha um suporte técnico adequado.

Neste contexto, em conformidade com as propostas mais atuais do Ministério da Saúde sobre informática e informação em saúde é que formulou a construção do SIEM na própria proposta de implantação do CRIS.

O SIEM deverá ter as seguintes características, algumas já citadas anteriormente: Sistema Aberto e de Domínio Público; deverá ser desenvolvido de forma participada; rodar em ambiente de rede; multiusuário; tecnologia cliente-servidor; integrado a internet; deve ser capaz de georreferenciar dados agrupados por microárea; deve permitir integração de dados com os outros SIS desenvolvidos pelo DATASUS; possibilidade de geração/atualização de um prontuário eletrônico individual com controle de acesso; adoção de técnicas de biossegurança e *backup*; documentação *on-line*; geração automática de relatórios para apoio à gestão local; suporte às ações de vigilância da saúde; adaptável às diversas realidades; possibilitar importação/exportação de dados para outros sistemas; deve possuir ferramentas de análise estatística e epidemiológica dos dados coletados (BARBONI, 2000).

A presente proposta de desenvolvimento de um sistema de informação para o PACS/PSF para o município de Feira de Santana trabalhará com a primeira parte desse sistema mais complexo e amplo, com a ficha de cadastramento utilizada pelo ACS no momento da visita domiciliar ampliando-a e adequando-a para atender também às necessidades de cadastro da UBS.

O sistema como um todo será desenvolvido posteriormente, sendo que através do Curso de Especialização em Informática em Saúde, oferecido pela UEFS, os próprios discentes, que estão atuando em PACS/PSF, poderão contribuir para o seu desenvolvimento e implantá-lo posteriormente em suas unidades de trabalho. Tornando-se assim, agentes multiplicadores que atuariam mais na ponta do serviço e que teriam, principalmente, a vivência necessária para adequá-lo a sua realidade. As soluções dadas, a nível local, poderiam ser analisadas e melhoradas num nível de decisão mais central e que teria uma visão mais integradora. Com isso, o próprio nível local se sentiria mais apoiado e contaria com uma ferramenta que atenderia às suas necessidades, mas que seria padrão para outras localidades permitindo assim, a comparabilidade entre diferentes municípios.

O CRIS constitui num apoio aos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que são apontados como uma possível solução para resolver o déficit na formação de pessoal qualificado dos municípios. O CRIS em parceria com o PEPS realizaria o treinamento de pessoal necessário, para que os municípios consigam lidar adequadamente com o sistema.

4.2 O Cartão Nacional de Saúde

O Ministério da Saúde no sentido de possibilitar ao SUS a capacidade de identificação individualizada dos usuários criou o Cartão Nacional de Saúde, um instrumento que permite a vinculação dos procedimentos executados ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os mesmos recebem um número nacional de identificação.

O cartão do usuário armazena o número de identificação e outras informações como nome, sexo, data de nascimento, município e estado de residência. No cartão do profissional são armazenados o número de identificação, o nome e uma senha protegida criptograficamente (BRASIL, 2004b).

A partir do cadastramento de profissionais e usuários, o número de identificação será gerado, sendo único e utilizado nacionalmente. A base de numeração é o PIS-Pasep. Por meio do processo de cadastramento são gerados números para aqueles profissionais e usuários que ainda não os têm e, para aqueles que já são inscritos no PIS-Pasep, os números anteriormente existentes são identificados e comunicados pela Caixa Econômica Federal ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O número PIS/Pasep tem 11 dígitos, e a numeração utilizada no Cartão Nacional de Saúde tem 15 dígitos. Os quatro dígitos extras foram introduzidos como reserva, para eventual utilização do cartão como instrumento de outros programas de governo (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, com o cartão será possível identificar o usuário em todos os seus contatos com o SUS e acompanhar a sua evolução dentro do Sistema, com efeitos na atenção individual e no planejamento das ações de saúde.

Dentre os objetivos do projeto, destacam-se: construção de uma base de dados de histórico clínico, imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento; integração de sistemas de informação, acompanhamento do processo de referência e contra-referência, revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde, gestão e avaliação de recursos humanos.

Neste contexto, o SIEM em concordância com os objetivos do Cartão Nacional de Saúde, propostos pelo Ministério da Saúde, em sua ficha de cadastro deverá contemplar o número do cartão para facilitar o acesso dos profissionais às informações dos usuários (história clínica, atendimentos recebidos, entre outros), fortalecer o processo de referência de contra-referência e contribuir com a organização dos serviços de saúde.

4.3 Ficha de Cadastro do SIEM

Para construção da ficha do SIEM foram utilizadas as seguintes fichas: A utilizada pelo ACS, a DO, DN e a Ficha Clínica/Prontuário utilizada nas unidades de saúde de Feira de Santana – Bahia. As variáveis foram comparadas (Quadro 1), para a partir daí desenvolver o módulo de cadastro do SIEM.

O que se pretende com a criação da ficha do SIEM, é que a mesma seja mais completa que possa atender as necessidades da UBS e posteriormente promova a integração do SIM e do SINASC.

As variáveis contempladas pelo SIEM para compor a ficha de cadastro (em anexo) são: número da família, microárea, agente comunitário, já que a maioria das unidades de

saúde estão inseridas no PSF, o que possibilita identificar qual o ACS responsável pela microárea. Além desses, contém o código do SIM e do SINASC que não são obrigatórios, mas que devem ser preenchidos sempre que possível, o próprio código do SIEM, e o código da Unidade Básica de Saúde. Para identificar o indivíduo de maneira eficiente a ficha abrange os seguintes dados: nome, data de nascimento, sexo, nome da mãe, nome do pai, nº do Cartão SUS, idade, endereço, número, ponto de referência, bairro, município, CEP, UF, Registro Geral (RG), número de Cadastro de Pessoa Física (CPF), naturalidade, estado civil, ocupação, escolaridade, telefone.

Quadro 1 Variáveis abordadas para o cadastro na ficha A, ficha do SIM, SINASC, ficha clínica/Prontuário utilizada nas unidades de saúde de Feira de Santana e SIEM.

VARIÁVEIS	FICHA A	FICHA DO SIM	FICHA DO SINASC	PRONTUÁRIO	SIEM
Nº da Família	X				X
Microárea	X				X
Agente Comunitário	X				X
Código do SIM		X			Não obrigatório
Código do SINASC			X		Não obrigatório
Código da UBS					X
Código do Município		X			X
Registro				X	X
Nome	X	X		X	X
Data de nascimento	X	X		X	X
Sexo	X	X		X	X
Nome da Mãe		X	X		X
Nome do Pai		X			X
Nº do Cartão SUS				X	X
Idade	X			X	X
Endereço	X	X		X	X
Número	X	X	X		X
Ponto de Referência					X
Bairro	X	X	X		X
Município	X	X	X		X
Cep	X		X		X
UF	X	X			X
RG					X
CPF					X
Naturalidade		X		X	X
Procedência				X	X
Estado Civil		X	X	X	X
Ocupação	X				X
Escolaridade	X	X	X		X
Telefone					X

Através do trabalho do ACS as famílias são cadastradas, mas com a ficha do SIEM quando o indivíduo procurar o serviço de saúde, o mesmo será cadastrado nesta ficha. Assim sendo, mesmo em microáreas que possam estar descobertas pelo PSF, mas que fazem parte da área de abrangência o indivíduo passará a ser cadastrado na unidade. Cada cliente terá sua ficha de cadastro.

A ficha constitui o primeiro módulo do sistema para posteriormente ser criado o “prontuário eletrônico”, que estará em ligado em rede. Com isso, se um indivíduo se mudar para outra microárea, o acesso às informações referentes ao cliente será adquirida com mais facilidade pelos profissionais, por esse motivo que na ficha de cadastro do SIEM tem o código do município, código do SIEM e o código da UBS. Além disso, fortalece o processo de referência e contra-referência.

O SIEM estruturado e integrado com o SIM e com o SINASC poderá mostrar fidedignamente os indicadores de saúde. Ademais o instrutor-supervisor poderá acompanhar o trabalho do agente comunitário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com os SIS existentes há algum tempo continuam os problemas com integração dos mesmos, questões relacionadas ao sub-registro das informações. Com isso o SIEM vem com uma proposta diferenciada com o intuito de alcançar os objetivos preconizados pelo SUS.

Devido a todos os fatores apresentados anteriormente é que o SIEM foi pensado. No presente trabalho foi desenvolvida a ficha de cadastro do sistema, através das fichas utilizadas por outros sistemas, mostrando a necessidade da criação dessa ficha mais completa que atenda tanto a ficha que será utilizada na unidade quanto por outros sistemas.

REFERÊNCIAS

BARBONI, André René. **Centro de referência em informação em saúde: um passo essencial para a consolidação do SUS**. Feira de Santana: 2000. 28p.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistema de Informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**. abr/jun.1996, vol.12, no.2, p.267-270.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Manual. Brasília: 1998a.

_____, **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1998b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 2000; 34 (3): 316-319.

_____, Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: 2001.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Sistemas de informação em saúde e a vigilância epidemiológica**. Brasília: 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**3 (1): 113-125. 2003^a

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área da Informação e Informática em Saúde. **A construção da política nacional de informação e informática em saúde**. Versão 1.3. Brasília: Disponível em www.saude.gov.br/politica_informacao. Acesso em 17/12/2003. 2003b.

_____, Ministério da Saúde. **Sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) para os profissionais do programa saúde da família**. 2. ed. rev. atual. Brasília: 2004a.

_____, Ministério da Saúde. **Cartão nacional de saúde**. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/index_cns.htm. Acesso em 22/10/04. 2004b.

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **RIPSA - Rede integrada de informações para a saúde: concepção e estruturação**. Brasília (DF). Disponível em: URL <http://www.datasus.gov.br/rnis/RIPSA/Ripsa-01.htm>. Acesso em 22/10/04. 2004c.

CHIESA, A. M. A Promoção da Saúde Como Eixo Estruturante do Trabalho de Enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev. Nursing** 2003; 64:40-46.

GIL, A C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 1991; p. 48-50.

PAIM, JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistências. In: Maria ZR, Naomar AF, editores. **Epidemiologia e Saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999; p.473-486.

PAIM, JS. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994; 80 p.

PEREIRA, MG. **Epidemiologia: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan S.A 1995; p.117-118.

RODRIGUES; V. Q. C; ASSIS; M. M. A; SILVA, M. M. G. **A supervisão como instrumento gerencial no PACS do município de Feira de Santana-Ba**. Feira de Santana, 1999; 15 p.

SOLLA; J. J. S. P; MEDINA, M. G; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**. Junho/96; 51; 04-15.

APÊNDICES

**FICHA DE CADASTRO DO SIEM
UNIDADE DE SAUDE DA FAMÍLIA**

Nº da Família

Microárea

Agente Comunitário

Código do SIM

Código do SINASC

Código da UBS

Código do Município

Código do SIEM

Nome

Data de nascimento

Sexo

Nome da Mãe

Nome do Pai

Nº do Cartão SUS

Idade

Endereço

Número

Ponto de Referência

Bairro

Município

Cep

UF

RG

CPF

Naturalidade

Procedência

Estado Civil

Ocupação

Escolaridade

Telefone

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma área de abrangência de Feira de Santana-BA.

Pesquisador: André René Barboni **Colaboradora:** Andréia Carla dos Santos Silva

Objetivo: Avaliar o sistema de informação do PACS em uma área de abrangência de Feira de Santana-BA; **caracterizar** a população dessa área de abrangência considerando as condições sócio-econômicas e os indicadores de saúde observados pelo SIAB; **apontar** vantagens e desvantagens do sistema e então propor as possíveis soluções.

Justificativa da pesquisa: O PACS é voltado à atenção básica de saúde, com ênfase nas comunidades mais carentes, é imprescindível a utilização de um sistema de informação (SI) eficiente, a fim de que as ações a nível municipal aconteçam de forma efetiva. Nesse processo torna-se necessário que este sistema trabalhe de forma integrada com os outros sistemas de informações municipais, objetivando a melhoria da qualidade dos dados para que o governo, juntamente com a comunidade, possam intervir na situação de saúde. Daí a importância de avaliar o SIAB (SI do PACS) de forma mais objetiva.

Benefícios da pesquisa: A partir da avaliação do sistema de informação do PACS, pode-se verificar até que ponto os dados colhidos pelo ACS condizem com a realidade encontrada na comunidade.

Riscos para os sujeitos: A entrevista será realizada respeitando-se os princípios éticos que regem o trabalho científico e guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas e o pesquisador responsável seguirá o item V.3 da Res. 196/96, onde está mencionado que o pesquisador é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento.

A qualquer momento em que haja necessidade de esclarecimento de dúvidas ou mesmo da desistência em participar da pesquisa, o pesquisador responsável e a colaboradora, podem ser encontrados no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no VI Módulo da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Eu, _____, concordo em participar do trabalho de pesquisa intitulado “Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma área de abrangência de Feira de Santana-BA ” respondendo a um formulário aplicado pela colaboradora Andréia Carla dos Santos Silva. Autorizo o uso das informações para fins de redação da monografia e publicação de artigos científicos. Estou ciente dos riscos e benefícios da pesquisa e de que os dados serão tratados de forma confidencial, buscando evitar qualquer conseqüência danosa da expressão livre de opiniões. Estou também ciente que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas, sem que eu seja submetido a qualquer penalização. Assino este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Andréia Carla dos Santos Silva
Colaboradora. Tel: 2241062

Entrevistado (Código de Identificação)

Prof. Dr. André René Barboni
(pesquisador responsável) Tel: 2248116

ANEXOS

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA**

**Relatório
SSA2**

MÊS: |__| |__|

ANO: |__| |__| |__| |__|

MUNICÍPIO (nome):

MUNICÍPIO (código):

SEGMENTO |__| |__|

UNIDADE

ÁREA |__| |__| |__| |__|

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE

MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
<i>C</i>	Nascidos vivos no mês											
	RN pesados ao nascer											
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g											
	De 0 a 3 meses e 29 dias											
	Aleitamento exclusivo											
	Aleitamento misto											
	De 0 a 11 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
	Desnutridas											
	De 12 a 23 meses e 29 dias											
	Com as vacinas em dia											
	Pesadas											
Desnutridas												
Menores de 2 anos												
Que tiveram diarreia												
Que tiveram diarreia e usaram TRO												
Que tiveram infecção respiratória aguda												
<i>G</i>	Cadastradas											
	Acompanhadas											
<i>E</i>	Com vacina em dia											
<i>S</i>	Fez consulta de pré-natal no mês											
<i>T.</i>	Com pré-natal iniciado no 1ºTRI											
	< 20 anos cadastradas											

MICROÁREA ⇨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	Diabéticos	cadastrados										
		acompanhados										
	Hipertensos	cadastrados										
		acompanhados										
	Pessoas com Tuberculose	cadastradas										
		acompanhadas										
Pessoas com Hanseníase	cadastradas											
	acompanhadas											
<i>H</i>	Menores de 5 anos por pneumonia											
<i>O</i>	Menores de 5 anos por desidratação											
<i>S</i>	Por abuso de álcool											
<i>P</i>	Por complicações do Diabetes											
<i>I</i>	Por outras causas											
<i>T.</i>	Total											
	Internações em hospital psiquiátrico											
	De menores de 28 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
	Por diarreia											
	<i>Ó</i>	Por infecção respiratória										
	<i>B</i>	Por outras causas										
	<i>I</i>	De menores de 1 ano										
	<i>T</i>	Por diarreia										
	<i>O</i>	Por infecção respiratória										
	<i>S</i>	Por outras causas										
	De mulheres de 10 a 49 anos											
	De 10 a 14 anos											
	De 15 a 49 anos											
Outros óbitos												
Total de óbitos												
De adolescentes (10-19 anos) por violência												
Total de famílias cadastradas												

Visita domiciliar – ACS

DIAS ⇨																					Total
P	Atendimento específico para AT																				
R	Visita de Inspeção Sanitária																				
O	Atend. individual prof. nível superior																				
C	Curativos																				
E	Inalações																				
D	Injeções																				
I	Retirada de pontos																				
M	Terapia da Reidratação Oral																				
E	Sutura																				
N	Atend. Grupo - Educação em saúde																				
T	Procedimentos Coletivos I (PC I)																				
O	Reuniões																				
S	Visita domiciliar																				

NOTIFIÇÃ ES	A	< 2 anos que tiveram diarreia																					
	C	< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO																					
	S	< 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda																					
	M	D	Pneumonia em < 5 anos																				
			Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos																				
			Acidente Vascular Cerebral																				
			Infarto Agudo do Miocárdio																				
			DHEG (forma grave)																				
	E	N	Doença Hemolítica Perinatal																				
			Fratura de colo de fêmur em >50 anos																				
			Meningite tuberculosa em < 5 anos																				
			Hanseníase com incapacidade II e III																				
	F	N	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)																				

HOSPITALIZAÇÕES						
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL